บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำราเอกสารวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง และกำหนดเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. **แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการตลาดบริการ**
    - 1.1 ความหมายของการตลาด
    - 1.2 ความหมายของการบริการ
    - 1.3 ความสำคัญ ของตลาดบริการ
    - 1.4 ลักษณะของบริการที่แตกต่างจากสินค้า
    - 1.5 ส่วนประสมการตลาดบริการ
    - 1.6 พฤติกรรมผู้บริโภคในการตลาดบริการ
    - 1.7 การรับรู้คุณภาพบริการของผู้บริโภค
    - 1.8 ความพึงพอใจกับคุณภาพบริการ
2. **หลักการบริหารโรงพยาบาลรัฐและเอกชน**
    - 2.1 การบริหารโรงพยาบาลรัฐบาล
    - 2.2 โรงพยาบาลที่เป็นขององค์กรศาสนาหรือมูลนิธิ
    - 2.3 โรงพยาบาลเอกชนที่ดำเนินการในรูปบริษัท
    - 2.4 ระบบบริหารงานโรงพยาบาลรัฐและเอกชน
3. **กลยุทธ์การตลาดในโรงพยาบาล**
4. **การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล**
    - 4.1 ความหมายของคุณภาพ
    - 4.2 ความสำคัญของคุณภาพ
    - 4.3 ความหมายของพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
    - 4.4 เป้าหมายของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
    - 4.5 แนวคิดสำคัญของกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
    - 4.6 มาตรฐานโรงพยาบาลสำหรับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
    - 4.7 การพัฒนาคุณภาพ
    - 4.8 แนวคิดการจัดการคุณภาพแบบองค์รวม
    - 4.9 วงจรคุณภาพ
    - 4.10 หลักการควบคุมคุณภาพที่ทุกคนมีส่วนร่วม
    - 4.11 การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลกับการตลาดบริการ
5. **งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการตลาดบริการ

ในปี 1966 แรทเมล (Rathmell, Cited in Mudie and Cottam, 1996 : 1-3) ได้ตั้งข้อสังเกตว่า นักการตลาดส่วนใหญ่ได้ให้ความหมายของคำว่า "สินค้า (goods)" ว่าเป็นสิ่งที่มีตัวตนที่เราสามารถมองเห็น และสัมผัสได้แต่อาจลิ้มรส ได้ยิน หรือได้กลิ่น หรือไม่ก็ได้ แต่สำหรับในเรื่องของ "บริการ (Services)" นั้นพบว่า ยังไม่มีการทำความเข้าใจให้กระจ่างชัด แรทเมล จึงได้ให้คำจำกัดความของคำว่า "สินค้า" ว่า เป็นสิ่งของและบริการ เป็นการกระทำ และความพยายาม นอกจากนั้นยังได้เพิ่มเติมอีกว่ามีน้อยมากที่การขายสินค้าจะปราศจากการบริการเข้าไปเกี่ยวข้อง และการบริการที่ปราศจากสินค้าเข้าไปเกี่ยวข้องก็มีน้อยมากเช่นกัน

ต่อมาในปี 1981 บูมส์ และบิทเนอร์ (Booms and Bitner, 1981) ได้เสนอบทความที่เป็นการนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการตลาดที่เหมาะสมในงานบริการ โดยได้กล่าวว่า เนื่องจากการบริการ แตกต่างจากสินค้า ซึ่งเป็นความเห็นที่สอดคล้องกับ แรทเมล โชสแตคและกรอนรูส (Rathmell, 1970 ; Shostack, 1977; Gronroos, 1980, Cited in Booms and Bitner, 1981 : 47) ที่ว่าสินค้าเป็นสิ่งที่ไม่มีตัวตนคือ เราไม่สามารถจับต้องได้ และก่อนที่ผู้บริโภคจะเข้าใจในบริการนั้น จำเป็นจะต้องได้รับการบริการก่อน ซึ่งไม่เหมือนกับสินค้าที่เราสามารถสัมผัสได้และใช้เวลานานก่อนตัดสินใจซื้อ และการบริการยังไม่สามารถเก็บไว้ เคลื่อนย้ายหรือนำไปขายต่อเหมือนสินค้าได้ นอกจากนี้มาตรฐานคุณภาพก็เป็นสิ่งที่ยากต่อการควบคุมเพราะขึ้นอยู่กับความคาดหวังของผู้ใช้บริการ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้ใช้บริการ เมื่อเป็นเช่นนี้แนวคิด 4 P's ที่เคยใช้มาจึงควรได้มีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม และเพิ่มเติมขึ้นมาใหม่อีก 3 P's ซึ่งเรียกว่า ส่วนประสมการตลาดบริการ (Services Marketing Mix) หรือ 7 P's

แนวคิดและทฤษฎีทางการตลาดได้มีวิวัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องและได้มีแนวโน้มไปในทางการตลาดบริการมากขึ้นรวมทั้งการศึกษาเกี่ยวกับการตลาดบริการทั้งนี้สืบเนื่องมาจากปรากฏการณ์การเจริญเติบโตของธุรกิจบริการ ดังเช่นในสหรัฐอเมริกา พบว่ามีธุรกิจบริการอยู่ถึงร้อยละ 79 ของธุรกิจทั้งหมด และคาดว่าอาชีพบริการจะเข้าไปมีส่วนในธุรกิจทุกประเภทในปี 2005 (Kotler, 2000)

สำหรับในประเทศไทย การรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพ มีผู้เกี่ยวข้องหรือคนทำงานด้านนี้มากเป็นอันดับสาม (สุมนา อยู่โพธิ์, 2540) ดังนั้นสถานให้บริการทางสุขภาพ ซึ่งเป็นองค์การให้บริการก็ควรจะต้องทำความเข้าใจในเรื่องของการตลาดบริการให้มากขึ้น

1.1 ความหมายของการตลาด

สมาคมการตลาดแห่งสหรัฐอเมริกา ได้ให้คำจำกัดความ คำว่า "การตลาด" เมื่อปี 1985 ลงพิมพ์ใน Marketing News ฉบับวันที่ 1 มีนาคม 1985 (AMA. Org, 2000) ว่า การตลาด คือ กระบวนการวางแผน การบริหารแนวความคิด การตั้งราคา การส่งเสริมการตลาด และการจัดจำหน่ายความคิด สินค้า และบริการ เพื่อสร้างให้เกิดการแลกเปลี่ยน โดยสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การ และสนองความพึงพอใจของบุคคล

คอทเลอร์ (Kotler, 2000 : 8) ได้ให้ความหมายของการตลาดว่า การตลาดเป็นกระบวนการทางสังคม ซึ่งบุคคลและกลุ่มบุคคลได้รับการตอบสนองความจำเป็นและความต้องการผ่านการสร้างสรรค์ การเสนอ และการแลกเปลี่ยนผลิตภัณฑ์ และบริการ ที่มีมูลค่ากับผู้อื่นอย่างอิสระ

แมคคาร์ที (Mccarthy,1982) ได้ให้ความหมายของการตลาดว่า การตลาดหมายถึงผลงานที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับความพยายามให้องค์การบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ทั้งนี้โดยวิธีการคาดหมายถึงความต้องการต่างๆของลูกค้าและรวมถึงการกำกับให้สินค้าและบริการผ่านจากผู้ผลิตไปยังลูกค้า เพื่อสนองความพึงพอใจต่างๆให้แก่ลูกค้า

พิษณุ จงสถิตย์วัฒนา (2542 : 3) ได้ให้ความหมายของการตลาดว่า การตลาดหมายถึงกระบวนการธุรกิจในการทำให้เกิดการซื้อขายและนำความพอใจสูงสุดมาสู่ผู้บริโภคเป้าหมายและผู้ผลิต

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า การตลาด คือ กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลและกลุ่มบุคคล กระทำเพื่อสร้างสร้างสรรค์สิ่งที่สนองความพึงพอใจให้บุคคลอื่น ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยน โดยองค์กรจะได้รับผลประโยชน์จากการแลกเปลี่ยนนั้น

1.2 ความหมายของการบริการ

กรอนรูส (Gronroos, 1990) ได้กล่าวว่า เป็นการยากที่จะให้คำจำกัดความคำว่าการบริการให้เฉพาะเจาะจงลงไปได้ เนื่องจากมีความหมายกว้าง และไม่สามารถแยกออกจากการขายสินค้าได้อย่างสิ้นเชิง เช่น ในการขายสินค้าชนิดใดชนิดหนึ่ง การออกแบบสินค้าให้เหมาะกับความต้องการของลูกค้าก็ถือว่าเป็นการบริการอย่างหนึ่ง ซึ่งความคิดดังกล่าวนี้สอดคล้องกับคนอื่น ๆ ได้แก่ บูมส์และบิทเนอร์ (Booms and Bitner, 1981 : 47) เบทสัน (Bateson, 1995) เลิฟล็อค (Lovelock, 1996) ฮอฟแมน (Hoffman, 2000) และคอทเลอร์ (Kotler, 2000) นอกจากนี้ ได้มีผู้ให้คำจำกัดความของคำว่า การบริการ ไว้ดังนี้

สมาคมการตลาดแห่งสหรัฐอเมริกา (American Marketing Association, 1960 cited in Gronroos, 1990 : P26) ได้ให้ความหมายของการบริการไว้ว่า การบริการ เป็นกิจกรรม ผลประโยชน์ หรือความพึงพอใจที่ถูกเสนอเพื่อขายหรือจัดมีให้ในการขายสินค้า

กรอนรูส (Gronroos, 1990 : 27) กล่าวว่า การบริการเป็นกิจกรรมหนึ่งหรือชุดของกิจกรรมปกติที่ไม่ใช่สิ่งจำเป็นที่เกิดขึ้นระหว่างลูกค้าและผู้ให้บริการ และ/หรือ เป็นทรัพยากรหรือสินค้า และ/หรือ เป็นวิธีการต่าง ๆ ที่ผู้บริการจัดไว้ เพื่อแก้ปัญหาให้ลูกค้า

แคสเปอร์และคณะ (Kasper et al, 1999 : 9) ได้ให้ความหมายของการบริการไว้ว่า การบริการเป็นการรวมกิจกรรมทางเศรษฐศาสตร์ทั้งหมด ซึ่งผลลัพท์ที่ได้ไม่ใช่สินค้าหรือสิ่งก่อสร้าง และในการให้บริการนั้นจะทำไปพร้อมกับการรับบริการในเวลาเดียวกัน ซึ่งผู้ให้บริการจะสร้างคุณค่าในรูปของสิ่งจำเป็นที่มองไม่เห็นให้กับผู้ซื้อคนแรก

คอทเลอร์ (Kotler, 2000 : 28) ได้ให้ความหมายของการบริการไว้ว่า การบริการ เป็นการกระทำใด ๆ ก็ตามที่บุคคลฝ่ายหนึ่งเสนอให้บุคคลอื่น ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่ไม่มีตัวตน ไม่ได้เป็นกรรมสิทธิ์ของสิ่งใด ๆ และการบริการนี้จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับสินค้าที่มีตัวตนหรือไม่ก็ได้

ซิทแฮมและบิทเนอร์ (Zeithaml and Bitner, 2000 :) ได้ให้ความหมายของการบริการไว้ว่าการบริการเป็นการกระทำ กระบวนการ และการปฏิบัติตามสัญญา

รัตนา แพ่งเกษร (2540 : 117) กล่าวว่า การบริการถือเป็นกิจกรรมที่สนองความต้องการของผู้ที่เรียกว่า ลูกค้า หรือผู้ซื้อให้ได้รับผลประโยชน์และได้รับความพอใจในรูปแบบต่าง ๆ ของธุรกิจ ทั้งนี้ผู้ให้บริการอาจมีลักษณะการให้บริการอย่างเดียว แต่ไม่ได้เป็นเจ้าของสินค้า หรือ ผู้ให้บริการเป็นเจ้าของสินค้า เมื่อขายแล้วก็มีบริการภายหลัง หรือเป็นการซื้อบริการ โดยไม่มีตัวสินค้าเข้ามาเกี่ยวข้อง

ศิริวรรณ และคณะ (2541 : 210) กล่าวว่า การบริการเป็นกิจกรรม ผลประโยชน์ หรือความพึงพอใจที่สนองความต้องการแก่ลูกค้า

อดุลย์ จาตุรงคกุล (2541 : 309) กล่าวว่า "จะเป็นการถูกต้องถ้าเรามองว่าสินค้าทุกอย่างเป็นส่วนผสมของสินค้าและบริการ"

สุปัญญา ไชยชาญ (2542 : 180-181) ได้ให้ความหมายของการบริการไว้ 2 นัยยะดังนี้

1) บริการ คือ การปฏิบัติรับใช้ ให้ความสะดวกต่าง ๆ

2) บริการ คือ กิจกรรมที่นำมาซื้อขายกัน เป็นผลิตภัณฑ์ที่ ไม่มีตัวตน เช่น การให้กู้ยืมเงินของธนาคาร การรักษาโรคของสถานพยาบาล เป็นต้น

จากความหมายและคำจำกัดความข้างต้น สรุปได้ว่า การบริการ คือ กิจกรรม ทรัพยากร สินค้า หรือผลประโยชน์ ที่เป็นสิ่งจำเป็นหรืออาจไม่จำเป็น และมีขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการ เป็นการปฏิบัติตามสัญญา หรือเพื่อแก้ปัญหาให้กับผู้ใช้บริการ ซึ่งเป็นการเพิ่มคุณค่าให้กับสิ่งที่เสนอขาย โดยที่อาจกระทำไปพร้อม ๆ กับการขาย หรือภายหลังการขาย และจะเกี่ยวข้องกับสินค้าที่มีตัวตนหรือไม่ก็ได้ ซึ่งการแยกสินค้ากับบริการออกจากกันเป็นสิ่งที่กระทำได้ยากในกระบวนการแลกเปลี่ยน

การตลาดบริการ เป็นการนำแนวคิดหลักการตลาดมาใช้ในองค์การที่ขายสินค้าบริการ ซึ่งการบริการมีส่วนช่วยในการเพิ่มคุณค่าให้กับผลิตภัณฑ์บริการที่เสนอขาย เป็นการสร้างความแตกต่างเหนือคู่แข่ง ซึ่งในปัจจุบันคู่แข่งมีศักยภาพในการพัฒนาคุณภาพสินค้าให้ใกล้เคียงกันได้ในตลาด ดังนั้นเพื่อการได้เปรียบทางการแข่งขันการพัฒนาคุณภาพการบริการจึงเป็นตัวแปรที่สำคัญ

ในส่วนของโรงพยาบาล การบริการจึงเป็นกิจกรรมทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลโดยตรงเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ใช้บริการหรืออาจเป็นบริการเสริมที่โรงพยาบาลจัดไว้เพื่อตอบสนองความต้องการ เป็นการสร้างความสะดวกสบาย หรือเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาให้ดียิ่งขึ้น

1.3 ความสำคัญของตลาดบริการ

ในความเป็นจริงธุรกิจบริการมิได้เพิ่งเริ่มเฟื่องฟูดังจะเห็นได้จากสถิติในสหรัฐอเมริกาเมื่อปี 1929 พบว่า ร้อยละ 55 ของผู้ถูกว่าจ้างทำงานในส่วนของการบริการ (Zeithaml and Bitner, 2000 : 5) และได้เพิ่มจำนวนขึ้นจนกระทั่งในปี 1996 พบว่ามีมากถึง ร้อยละ 79 จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าในปัจจุบันบริการมีส่วนครองตลาดใหญ่มาก และดูจากการใช้จ่ายของผู้บริโภค จะพบว่าราคาของบริการส่วนมากเพิ่มขึ้นเร็วกว่าราคาของสินค้าไม่ว่าจะเป็นราคาค่าซ่อมทีวี หรือราคาค่ารักษาพยาบาลก็ตาม (อดุลย์ จาตุรงคกุล, 2541 : 309)

นอกจากนี้ ฮอฟแมน (Hoffman, 2000 : 293-294) ยังได้กล่าวว่า เหตุผลที่ทำให้การตลาดบริการมีความสำคัญมากขึ้นเพราะ

1) การว่าจ้างในงานธุรกิจบริการที่มีเพิ่มขึ้น
2) การให้การสนับสนุนธุรกิจบริการ
3) การลดข้อบังคับ กฎเกณฑ์ให้แก่ธุรกิจบริการ
4) ผลประโยชน์ที่ได้รับจากการสร้างความแตกต่างด้านบริการ
5) การปฏิรูประบบการบริหารจัดการที่เหมาะสมกับสภาพปัจจุบัน

ฮอฟแมนยังได้เพิ่มเติมอีกว่า มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมายที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมของโลกธุรกิจทำให้ความต้องการในการพัฒนาความรู้ด้านการตลาดมีมากขึ้น นักการตลาดเรียนรู้อย่างรวดเร็วว่ากลยุทธ์การตลาดแบบดั้งเดิมไม่สามารถนำมาใช้ในการบริการ ซึ่งมีความเฉพาะในตัวของมันเอง และการที่จะวางแผนกำหนดกลยุทธ์การตลาดสำหรับการบริการในโรงพยาบาลนั้นจำเป็นต้อง เข้าใจถึงลักษณะของสินค้าบริการที่มีความแตกต่างจากสินค้าทั่ว ๆ ไปด้วย

1.4 ลักษณะของบริการที่แตกต่างจากสินค้า

บริการมีลักษณะที่สำคัญ 4 ประการ ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการกำหนดกลยุทธ์การตลาดดังนี้

1.4.1 ไม่สามารถจับต้องได้ (Intangibility) บริการไม่สามารถมองเห็นหรือเกิดความรู้สึกได้ก่อนที่จะมีการซื้อ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยไปโรงพยาบาลไม่สามารถบอกได้ว่าตนจะได้รับบริการในรูปแบบใด เป็นการล่วงหน้า ดังนั้นเพื่อลดความเสี่ยงของผู้ซื้อ ผู้ซื้อต้องพยายามวางกฎเกณฑ์เกี่ยวกับคุณภาพ และประโยชน์จากบริการที่เขาจะได้รับ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการซื้อ ในแง่ของสถานที่ ตัวบุคคล เครื่องมือ วัสดุที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร สัญลักษณ์และราคา สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้ขายบริการจะต้องจัดหา เพื่อเป็นหลักประกันให้ผู้ซื้อสามารถตัดสินใจซื้อได้เร็วขึ้น

1.4.2 ไม่สามารถแบ่งแยกการให้บริการ (Inseparability) การให้บริการเป็นการผลิตและการบริโภคในขณะเดียวกัน กล่าวคือ แพทย์หนึ่งรายสามารถให้บริการผู้ป่วยในขณะนั้นได้ หนึ่งราย เนื่องจากแพทย์แต่ละคนมีลักษณะเฉพาะตัวไม่สามารถให้คนอื่นบริการแทนได้ เพราะต้องทำการรักษาและรับการรักษาในเวลาเดียวกัน ทำให้การให้บริการอยู่ในวงจำกัดในเรื่องของเวลา

1.4.3 ไม่แน่นอน (Variability) ลักษณะของบริการไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับว่าผู้ให้บริการเป็นใคร จะให้บริการเมื่อไร ที่ไหน และอย่างไร ตัวอย่าง พยาบาลให้บริการผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับสภาพจิตใจและความพร้อมในการให้บริการ ถ้าอารมณ์ดีการแสดงออกก็จะดีกว่าขณะอารมณ์ไม่ปกติ ดังนั้น ผู้รับบริการจะต้องรู้ถึงความไม่แน่นอนในบริการ จากการบอกเล่าของผู้เคยใช้บริการ

1.4.4 ไม่สามารถเก็บไว้ได้ (Perishability) บริการไม่สามารถผลิตเก็บไว้ได้เหมือนสินค้าอื่น ซึ่งถ้าความต้องการมีสม่ำเสมอ การให้บริการก็จะไม่มีปัญหา แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าลักษณะความต้องการไม่แน่นอนเช่น การเข้ารับบริการในช่วงเวลาที่ตรงกันครั้งละมาก ๆ โดยมิได้มีการนัดหมาย หรือการเปิดให้บริการในช่วงเวลาที่ผู้ใช้บริการไม่สะดวกในการมารับบริการก็จะทำให้เกิดปัญหา เช่น บริการไม่ทันหรือไม่มีผู้มาใช้บริการ

1.5 **ส่วนประสมการตลาดบริการ** (Services Marketing Mix)

แนวคิดพื้นฐานที่สำคัญแนวคิดหนึ่งในทางการตลาดคือ"ส่วนประสมการตลาด" ซึ่งหมายถึง การควบคุมองค์การให้สามารถสื่อสารเพื่อให้ลูกค้าเกิดความพึงพอใจ และคำว่าส่วนประสม(mix) คือ ทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์ต่อกันและต้องใช้ตัวแปรเหล่านี้ร่วมกัน (Zeithaml and Bitner ,2000 : 18) แต่อย่างไรก็ตามองค์ประกอบของส่วนประสมการตลาดนั้น จะต้องนำมากำหนดเป็นการเฉพาะในแต่ละลักษณะของสินค้าและบริการ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2541 : 51) ซึ่งแนวคิด ส่วนประสมการตลาดที่ใช้ดั้งเดิม ประกอบด้วย 4 P's คือ 1) สินค้าบริการ (Product) 2) ราคา (Price) 3) ช่องทางการจำหน่าย (Place) 4) การส่งเสริมการตลาด (Promotion) ที่ได้สรุปโดย McCarthy (Booms and Bitner ,1981 : 48) ซึ่งสอดคล้องกับนักการตลาดคนอื่นๆ เช่น Philip Kotler และ Malcom Mc Donald เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีผู้เสนอชุดตัวแปรอื่นๆ ที่เรียกว่าส่วนประสมการตลาดเช่นกัน ได้แก่ ฮอร์กินส์และคณะ (Haw Kins et al, 1998 :11) เสนอส่วนประสมการการตลาดไว้ 5 ด้านคือ 1) ลักษณะของสินค้าและบริการ (Product feature) 2) ราคา (Price) 3) การติดต่อสื่อสาร (Communications) 4) ช่องทางการจำหน่าย (Distribution) และ 5) บริการ (Services) เป็นต้น

แต่สำหรับในตลาดบริการ ซึ่งมีลักษณะซับซ้อน และมีความแตกต่างจากสินค้า บูมส์ และบิทเนอร์ (Booms and Bitner ,1981 :48) ได้เสนอส่วนประสมการตลาดบริการ (Services Marketing Mix) ที่เหมาะสมกับธุรกิจบริการมากกว่าที่ใช้กันมาดั้งเดิม โดยนอกจากจะได้มีการปรับเปลี่ยนรายละเอียดของ 4P's แล้ว ยังได้เพิ่มอีก 3P's คือ 1) ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ (Participants) 2) ลักษณะทางกายภาพ (Physical evidence) และ 3) กระบวนการให้บริการ (Process) ซึ่งแนวคิดนี้มีพื้นฐานมาจาก 4 P's แต่ได้นำมาปรับให้เหมาะกับการบริการมากยิ่งขึ้นโดยเน้นที่การสร้างความเป็นรูปธรรมของการบริการ และได้มีการพัฒนาในรายละเอียดเพื่อความเหมาะสมและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ซึ่งล่าสุดเป็นของซิทแฮมและบิทเนอร์ (Zeithaml and Bitner, 2000) โดยผู้วิจัยได้วิเคราะห์และนำเสนอเปรียบเทียบดังตาราง

ตารางที่1 การเปรียบเทียบ ส่วนประสมทางการตลาด และส่วนประสมการตลาดบริการด้านผลิตภัณฑ์บริการ

ส่วนประสมการตลาด	Philip Kotler (1976)	Booms and Bitner (1981)	zeithaml and Bitner (1996)	zeithaml and Bitner (2000)
1. ผลิตภัณฑ์บริการ				
1.1 คุณภาพ (Quality)	✓	✓		
1.2 ลักษณะและการมีให้เลือก (Feature and options)	✓			
1.3 รูปแบบ (Style)	✓			
1.4 ตราสินค้า (Brand name)	✓	✓		
1.5 (การออกแบบและสร้าง สิ่งบรรจุหีบห่อ (Packaging)	✓			
1.6 สายผลิตภัณฑ์ (สายผลิตภัณฑ์)	✓	✓	✓	✓
1.7 การรับประกัน(Warranty)	✓			
1.8 ระดับของการบริการService level (Service level)		✓		
1.9 การบริการอื่นๆ (Other service)	✓			
1.10 สายบริการ(Service line)		✓		
1.11 ความสามารถ(Capabilities)		✓		
1.12 สินค้าอำนวยความสะดวก (Facilitating goods)		✓		
1.13 ลักษณะที่มองเห็นได้ Tangible clues (Tangible clues)			✓	
1.14 ราคา(Price)		✓		
1.15 การบริหารบุคคล(Personal)		✓		
1.16 ลักษะทางกายภาพของสิ่งแวดล้อม (Physical environment)		✓		
1.17 กระบวนการส่งมอบบริกา (Process of Service delivery)		✓		
1.18 ลักษณะทางกายภาพของสินค้า (Physical goods features)			✓	✓
1.19 ระดับคุณภาพของสินค้า/บริการ (Quality level)			✓	✓
1.20 อุปกรณ์เสริม(Accessories)			✓	✓
1.21 การตั้งตราสินค้า(Branding)			✓	✓

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบ ส่วนประสมทางการตลาด และส่วนประสมการตลาดบริการด้านราคา

ส่วนประสมการตลาด	Philip Kotler (1976)	Booms and Bitner (1981)	zeithaml and Bitner (1996)	zeithaml and Bitner (2000)
2. **ราคา**				
2.1 ระดับราคา(Level)	✓	✓	✓	✓
2.2 การให้ส่วนลดและการยอมให้ (Discounts and allowances)	✓	✓	✓	✓
2.3 เงื่อนไขการชำระเงิน (Payment terms)	✓	✓	✓	✓
2.4 การตีราคาของลูกค้า (Customer perceived value)		✓		
2.5 คุณภาพกับราคา (Quality / price interaction)		✓		
2.6 การสร้างความแตกต่าง (Differentiation)		✓	✓	✓
2.7 ความยืดหยุ่นในด้านราคา (Flexibility)		✓	✓	✓

หอสมุดกลาง สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบ ส่วนประสมทางการตลาด และส่วนประสมการตลาดบริการด้านช่องทางการให้บริการ

ส่วนประสมการตลาด	Philip Kotler (1976)	Booms and Bitner (1981)	zeithaml and Bitner (1996)	zeithaml and Bitner (2000)
3. ช่องทางการให้บริการ)				
3.1 ช่องทางการให้บริการ (Distribution chanels)	✓	✓		
3.2 การจัดสถานที่บริการให้ครอบคลุม (Distribution coverage)	✓	✓		
3.3 สถานที่ตั้ง (Outlet location)	✓	✓	✓	✓
3.4 อาณาเขตการขาย (Sale territories))	✓			
3.5 ระดับสินค้าคงคลังและทำเล (Inventory levels and Location)	✓			
3.6 ผู้ขนส่ง (Transportation Carriers)	✓			
3.7ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ (Accessibilities)		✓		
3.8 ชนิดของช่องทางการจำหน่าย (Channels type)			✓	✓
3.9 การเพิ่มช่องทางให้ลูกค้า (Exposure)			✓	✓
3.10การขนส่ง (Transportation)			✓	✓
3.11 การเลือกประเภทคนกลางIntermediaries (Intermediaries)			✓	✓
3.12 สินค้าที่เก็บไว้ (Storage)			✓	✓
3.13 การจัดช่องทาง (Managing channels)			✓	✓

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบ ส่วนประสมทางการตลาด และส่วนประสมการตลาดบริการด้านการส่งเสริมการตลาด

ส่วนประสมการตลาด Bitner	Philip Kotler (1976)	Booms and Bitner (1981)	zeithaml and Bitner (1996)	zeithaml and (2000)
4. **การส่งเสริมการตลาด**				
4.1 การโฆษณา (Advertising)	✓	✓	✓	✓
4.2 การขายโดยบุคคลPersonal (Personal selling)	✓	✓		
4.3 การส่งเสริมการขาย (Sale promotion)	✓	✓	✓	✓
4.4 การออกข่าวเผยแพร่ (Publicity)	✓	✓	✓	✓
4.5 การพัฒนาบุคลากร (Personnel)		✓		
4.6 กายภาพของสภาพแวดล้อม (Physical environment)		✓		
4.7 สินค้าอำนวยความสะดวก) (Facilitating goods)		✓		
4.8 สร้างสิ่งที่สัมผัสได้ (Tangible Clues)		✓		
4.9 กระบวนการส่งมอบการบริกา (Process of service delivery)		✓		
4.10 การนำเครื่องมือหลายอย่างมาใช้ส่งเสริมการขาย (Promotion blend)			✓	✓
4.11 พนักงานขาย (Sales people)			✓	✓

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบ ส่วนประสมทางการตลาด และส่วนประสมการตลาดบริการด้านบุคลากร

ส่วนประสมการตลาด	Philip Kotler (1976)	Booms and Bitner 1981)	zeithaml and Bitner (1996)	zeithaml and Bitner (2000)
5. บุคลากร				
5.1 Personal		✓		
(การอบรมบุคลากร)				
5.1.1 ฝึกสอน(Training)				
5.1.2 การจัดแบ่งแยก (Discretion)				
5.1.3 ความยึดมั่นผูกพันกับองค์กร (Commitment)				
5.1.4 การปรากฏ(Appearance)				
5.1.5 พฤติกรรมการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal behavior)				
5.2 ทัศนคติ (Attitudes)		✓		
5.3 ลูกค้าอื่นๆ(Other)		✓		
5.3.1 พฤติกรรม(Behavior)				
5.3.2 ระดับการมีส่วนร่วม(Degree of Involvement)				
5.3.3 การติดต่อระหว่างผู้ใช้บริการ(Customer / Customer contact)				
5.4 ลูกจ้าง(Employee)			✓	✓
5.4.1 การคัดเลือก(Recruiting)				
5.4.2 การฝึกสอน(Training)				
5.4.3 การจูงใจ(Motivation)				
5.4.4 รางวัล(Rewards)				
5.4.5 ทำงานเป็นทีม(Team work)				
5.5 ลูกค้า (Customer)			✓	✓
5.5.1 การให้ความรู้(Education)				
5.5.2 การฝึกสอน(Training)				
5.6 การติดต่อสื่อสาร(Communicating)			✓	
5.6.1 การติดต่อสื่อสาร (Culture and values)				
5.7 การวิจัยเกี่ยวกับลูกจ้าง-ผู้ปฏิบัติงาน (Employee research)			✓	

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบส่วนประสมทางการตลาด และส่วนประสมการตลาดบริการด้านลักษณะทางกายภาพ

ส่วนประสมการตลาด	Philip Kotler (1976)	Booms and Bitner (1981)	zeithaml and Bitner (1996)	zeithaml and Bitner (2000)
6. ด้านกายภาพ				
6.1 สภาพแวดล้อม (Environmen)		✓		
6.1.1 การตกแต่ง(Furnishings)				
6.1.2 สี(Color)				
6.1.3 แผนผัง(Layout)				
6.1.4 ระดับเสียง (Noise level)				
6.2 สินค้าอำนวยความสะดวก (Facilitating goods)		✓		
6.3 สร้างสิ่งที่สัมผัสได้ (Tangible clues)		✓		
6.4 การออกแบบสิ่งอำนวยความสะดวก (Facility design)			✓	✓
6.4.1 ความสวยงาม(Aesthetics)				
6.4.2 ทำงานได้(Functionality)				
6.4.3 สภาพที่อยู่รอบตัว(Ambient condition)				
6.5 อุปกรณ์ เครื่องใช้(Equipment)			✓	✓
6.6 เครื่องหมาย ป้ายบอกทาง(Signage)			✓	✓
6.7 การแต่งกายของบุคลากร(Employee dress)			✓	✓
6.8 สิ่งที่มีตัวตนอื่นๆ(Other tangible)			✓	✓
6.8.1 รายงาน(Report)				
6.8.2 บัตรทางธุรกิจ(Business cards)				
6.8.3 งบการเงิน(Statements)				
6.8.4 การรับประกัน(Guarantees)				

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบ ส่วนประสมทางการตลาด และส่วนประสมการตลาดบริการด้านกระบวนการให้บริการ

ส่วนประสมการตลาด	Philip Kotler (1976)	Booms and Bitner (1981)	zeithaml and Bitner (1996)	zeithaml and Bitner (2000)
7. กระบวนการให้บริการ				
7.1 นโยบาย(Policies)		✓		
7.2 วิธีดำเนินการ(Procedures)		✓		
7.3 การใช้เครื่องจักรทำงาน (Mechanization)		✓		
7.4 การจัดแบ่งบุคลากร (Employee discretion)		✓		
7.5 การมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการ (Customer Involvement)		✓		
7.6 การให้คำแนะนำแก่ผู้ใช้บริการ (Customer direction)		✓		
7.7 ความต่อเนื่องของการทำกิจกรรม (Flow of activities)		✓		
7.8 ความต่อเนื่องของการทำกิจกรรม 7.8.1 ใช้มาตรฐานเป็นหลัก(Standardized) 7.8.2 ยึดผู้ใช้บริการเป็นหลัก(Customized)			✓	✓
7.9 จำนวนขั้นตอน(Number of Steps) 7.9.1 ง่าย(Simple) 7.9.2 ซับซ้อน(Complex)			✓	✓
7.10 ระดับของการมีส่วนร่วมของลูกค้า (Level of customer Involvement)			✓	✓

จากตารางดังกล่าวสามารถสรุปส่วนประกอบของส่วนประสมการตลาดบริการของโรงพยาบาล ตามแนวคิดของซิทแฮมและบิทเนอร์ (Zeithaml and Biter ,2000) ได้ดังนี้ คือ

1.5.1 ด้านผลิตภัณฑ์บริการ หมายถึง บริการที่โรงพยาบาล ได้จัดไว้เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพ โดยการสร้างการบริการทางสุขภาพที่

หลากหลาย การสร้างคุณภาพบริการให้เป็นรูปธรรม มีระดับของคุณภาพการรักษาพยาบาลสูง และมีบริการเสริมที่นอกเหนือจากบริการด้านสุขภาพ

1.5.2 ด้านราคา หมายถึง การที่โรงพยาบาลกำหนดค่าตอบแทนสินค้าหรือบริการตามความเหมาะสม เพื่อให้ผู้ใช้บริการตัดสินความคุ้มค่าโดยพิจารณาจากระดับราคาค่าบริการทางการแพทย์การพยาบาลและค่าบริการอื่นๆ การให้ส่วนลด และเงื่อนไขการชำระเงินค่ารักษาพยาบาล

1.5.3 ด้านช่องทางการให้บริการ หมายถึง การที่โรงพยาบาล มีการจัดบริการเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับความสะดวกในการเข้าไปใช้บริการในโรงพยาบาล โดยการเลือกทำเลที่ตั้งที่เหมาะสม การเพิ่มช่องทางให้ผู้ใช้บริการเข้าถึงบริการได้สะดวกมากยิ่งขึ้น

1.5.4 ด้านการส่งเสริมการตลาด หมายถึง การสื่อสารที่โรงพยาบาลส่งไปยังผู้ใช้บริการเพื่อเป็นการจูงใจให้ผู้ใช้บริการตัดสินใจเลือกใช้บริการ โดยวิธีการสร้างภาพพจน์ของบริการในโรงพยาบาล การให้ข่าว การประชาสัมพันธ์ การส่งเสริมการขายตามขอบเขตที่กฎหมายกำหนด

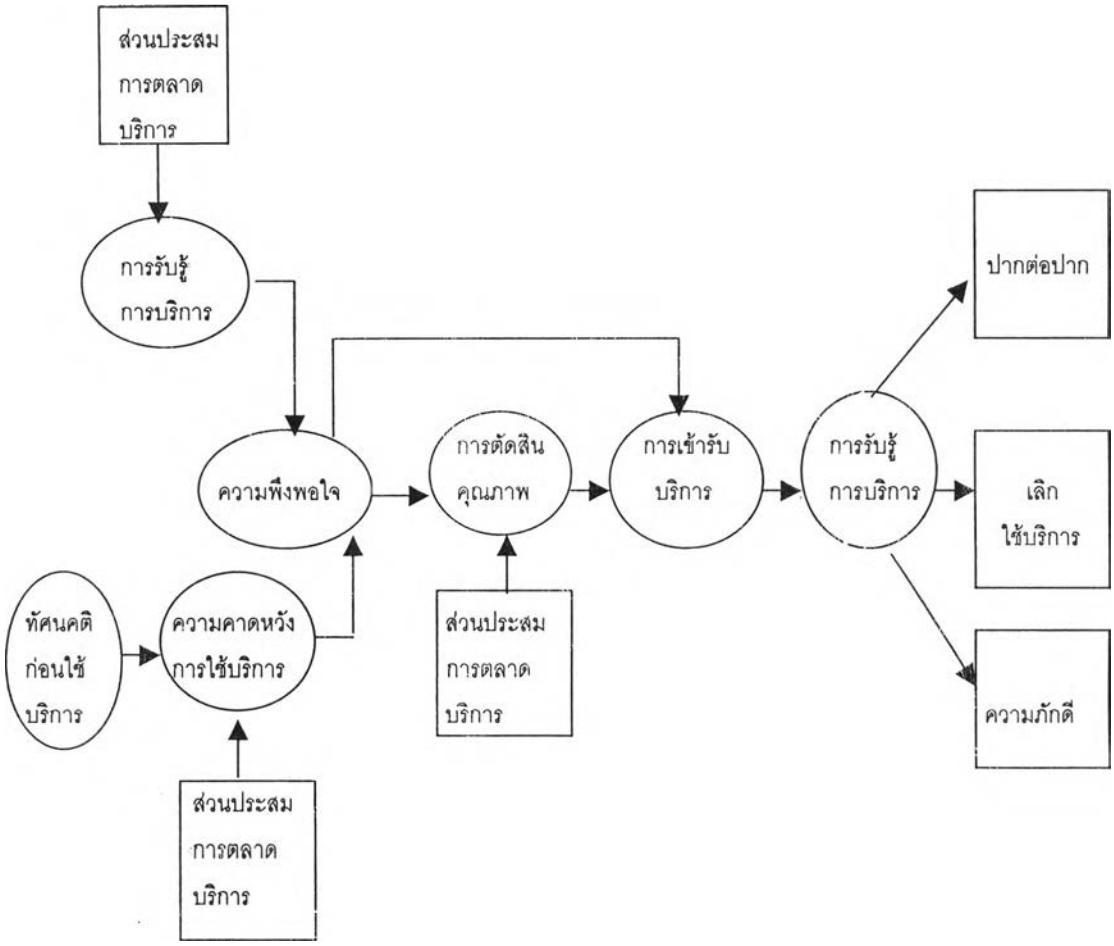
1.5.5 ด้านบุคลากร หมายถึง การที่บุคลากรของโรงพยาบาลมีพฤติกรรมการให้บริการที่ดี มีการทำงานเป็นทีม และมีความสามารถในการให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการในการดูแลสุขภาพ

1.5.6. ด้านลักษณะทางกายภาพ หมายถึง การที่โรงพยาบาลได้จัดสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานที่ให้บริการให้สวยงาม เหมาะสม มีประสิทธิภาพและเพียงพอ ได้แก่ การจัดสถานที่ให้สวยงาม สภาพแวดล้อมดี มีเครื่องหมายบอกทาง การแต่งกายของแพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่เหมาะสม และดูแลสิ่งอำนวยความสะดวกให้ใช้งานได้ดีตลอดเวลา

1.5.7 ด้านกระบวนการให้บริการ หมายถึง การที่โรงพยาบาลมีการจัดการเกี่ยวกับขั้นตอนการให้บริการที่รวดเร็ว ขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน และให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วม

บิทเนอร์ (Bitner, 1990) ซึ่งกล่าวว่าส่วนประสมการตลาดบริการมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการได้เสนอรูปแบบการประเมินการบริการของผู้ใช้บริการและการนำส่วนประสมการตลาดไปใช้ ดังแผนภูมิ ต่อไปนี้

แผนภูมิที่1 แสดงรูปแบบการประเมิน การบริการของผู้ใช้บริการ



ที่มา : Mary Jo Bitner ; Journal of marketing 54 (April 1990 : 71)

จากแผนภูมิ แสดงถึงขั้นตอนการประเมินการบริการและสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ อธิบายได้ว่า ทัศนคติก่อนการใช้บริการของผู้ใช้บริการมีอิทธิพลต่อความคาดหวังการบริการ ซึ่งผู้ใช้บริการจะเกิดความพึงพอใจเมื่อการบริการที่ได้รับเป็นไปตามความคาดหวัง แต่อย่างไรก็ตามก่อนการตัดสินว่าพึงพอใจหรือไม่ ผู้รับบริการจะใช้การวินิจฉัยหาสาเหตุก่อน ซึ่งผลสรุปออกมาจะเป็นในรูปของพฤติกรรม 3 แบบ ได้แก่ 1) การบอกต่อถึงคุณภาพการบริการ 2) การหยุดใช้บริการ 3) ความภักดี(กลับมาใช้บริการอีก) และส่วนประสมการตลาดบริการ (Services Marketing Mix) จะเข้าไปมีอิทธิพลใน 3 ขั้นตอน คือ ในขั้นตอนของความคาดหวัง การรับรู้การบริการ และการตัดสินคุณภาพการบริการ ซึ่งจะทำให้ผู้ใช้บริการประเมินการบริการเป็นไปในทิศทางบวกมากขึ้น

ในทำนองเดียวกัน ก่อนที่ผู้ใช้บริการจะเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ทัศนคติและประสบการณ์ที่ได้รับจากคำบอกเล่าและสื่อต่างๆ จะมีอิทธิพลต่อความคาดหวังและความพึงพอใจในการบริการที่จะได้รับ ซึ่งถ้าสิ่งที่ได้รับทราบเป็นไปในทางบวกก็จะมีความต้องการที่จะไปใช้บริการ และกลยุทธ์การตลาดทั้ง7ด้านของโรงพยาบาล จะเข้าไปมีอิทธิพลต่อผู้ใช้บริการทั้งก่อนและขณะเข้ารับบริการ ซึ่งเมื่อผ่านกระบวนการต่างๆ ของการบริการแล้ว ผู้ใช้บริการจะมีปฏิกิริยาต่อการบริการ 3 แบบ คือการบอกต่อ การเลิกใช้บริการ หรือกลับมาใช้บริการอีกถ้าเจ็บป่วย

1.6 พฤติกรรมผู้บริโภคในตลาดบริการ

ในการประกอบธุรกิจบริการ ผู้ผลิตมีความจำเป็นต้องเข้าใจผู้บริโภคว่ามีพฤติกรรมในการเลือกใช้บริการ และการประเมินสินค้าและบริการอย่างไร เพื่อการสร้าง การบริการให้ตอบสนองความต้องการของผู้บริโภค

จากลักษณะเฉพาะของการบริการ ซึ่งไม่มีตัวตน แตกต่างจากสินค้า ผู้บริโภคจึงใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจ ก่อนการซื้อบริการ นานกว่าการซื้อสินค้าทั่ว ๆ ไป
ขั้นตอนในการซื้อบริการ จำแนกได้ดังต่อไปนี้

1.6.1 การค้นหาข้อมูล (Information Search) กระทำโดยวิธีการดังต่อไปนี้

1) ได้รับข้อมูลจากบุคคลต่างๆ เช่น เพื่อน ญาติ หรือผู้เชี่ยวชาญและจากสื่อโฆษณาต่างๆ ซึ่งสื่อต่างๆหล่านี้จะให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับประสบการณ์น้อยกว่าการได้รับจากบุคคลต่าง ๆและบางครั้ง การใช้สื่อก็มีข้อจำกัด เนื่องจากไม่มีอยู่ทั่วไป ไม่มีงบโฆษณา และอยู่ในขีดจำกัด เนื่องจากมีกฎหมายควบคุมผู้บริหารจึงให้ความสำคัญกับการบอกต่อ

2) ประสบการณ์จากการได้รับความเสี่ยง จากการใช้บริการในครั้งก่อน เช่น ถ้าไม่ได้ความ พึงพอใจ ก็เป็นการยากที่จะกลับมาใช้บริการอีก ฉะนั้นผู้บริหารจึงต้องให้ความสำคัญกับการลดความเสี่ยง บางครั้ง การรับรองความพึงพอใจก็เป็นสิ่งจำเป็น

1.6.2 การประเมินทางเลือก (Evaluation of Alternatives)

ในขณะที่สินค้าทั่วไปมีวางจำหน่ายให้เลือกมากมาย หลายยี่ห้อ ตามท้องตลาดแต่การบริการกลับไม่มีทางเลือกมากนัก ผู้บริโภคจึงอาศัยวิธีเลือกง่าย ๆ จากตัวเลือกที่มีอยู่ และมักจะเลือกทางเลือกอันแรก ที่พอจะยอมรับได้มากกว่าจะเปรียบเทียบหลาย ๆ ทางเลือก นักการตลาดที่ตื่นตัวจึงควรทำการวิจัย ผู้บริโภคว่ามีความหวังและความต้องการอะไร ในสถานการณ์ต่างๆ เพื่อที่จะรู้จัก ผู้บริโภคมากขึ้น

1.6.3 การซื้อและการใช้บริการ (Service Purchase and Consumption)

ในการซื้อหรือใช้บริการนั้น อารมณ์เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อกระบวนการส่งมอบการบริการเช่น ถ้าลูกค้าอารมณ์ ไม่ดี การแปลผลการให้บริการจะเป็นไปในแง่ลบมากกว่า

เวลาอารมณ์ปกติ เช่นเดียวกับผู้ให้บริการ ถ้าอารมณ์ไม่ดี ปฏิกิริยาจะออกมาได้ดี เป็นไปตามอารมณ์ ขณะนั้น และในที่สุดผู้บริโภคก็จะจดจำปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นในระหว่างการได้รับบริการไป ดังนั้น ผู้ให้บริการควรมีความระมัดระวัง ในเรื่องของอารมณ์ของลูกค้า และอารมณ์ของตนเอง

ซิทแฮมและบิทเนอร์ (Zeithaml and Bitner, 2000 : 36-37) ได้กล่าวว่า การจัดบริการ เป็นเสมือนการแสดงละคร ที่มีหลายบทบาทอยู่ในตัวคนเดียว กล่าวคือ เป็นทั้งผู้อำนวยการ ผู้เขียน และผู้แสดง แสดงบทบาทต่างๆ เพื่อให้ผู้ชมมีความพอใจ นอกจากนี้การจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น สี แสง เสียง กลิ่น อุณหภูมิ การตกแต่ง ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อบทบาทของผู้แสดง

1.6.4. การประเมินภายหลังการซื้อบริการ (Postpurchase Evaluation)

ในการซื้อสินค้า มักจะมีการรับประกัน เพื่อเป็นการรับรอง และผู้ผลิตมีความเชื่อว่า หากมีความผิดปกติ ชำรุด เสียหาย เกิดขึ้น ย่อมจะไม่ใช่ความผิดของผู้ซื้อ และมักจะเรียกร้องค่าเสียหาย แต่ในขณะที่การบริการ ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในกระบวนการแลกเปลี่ยนด้วย ดังนั้นเมื่อมีความ ผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ใช้บริการจึงยอมรับได้ในระดับหนึ่ง

1.7 การรับรู้ คุณภาพบริการของผู้บริโภค

ได้มีบุคคลต่างๆให้ความหมายของการรับรู้ไว้ ดังนี้

รัจนี นพเกตุ (2536) กล่าวว่า การรับรู้คือ ขบวนการประมวล และตีความข้อมูลต่างๆ ที่อยู่รอบๆ ตัวเรา ที่ได้จากการรู้สึก

สุชา จันทร์เอม (2539) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลมีประสบการณ์กับวัตถุหรือเหตุการณ์ต่างๆ โดยอาศัยอวัยวะรับสัมผัส

สุปัญญา ไชยชาญ (2542) กล่าวว่า การรับรู้ เป็นกระบวนการที่ผู้บริโภคเลือกรับเอาสารสนเทศเข้ามาจัดระเบียบและทำความเข้าใจ โดยอาศัยประสบการณ์ เป็นเครื่องมือ จากนั้นจึงมีปฏิกิริยาตอบสนอง เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาอย่างหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการตัดสินใจซื้อ

พจนานุกรมของเวบสเตอร์ (New Webster's Dictionary 1975 : อ้างถึงในประไพ น้อยจ้อย,2540) ได้ให้นิยามการรับรู้ว่า หมายถึงการแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง

ซิทแฮมและบิทเนอร์ (Zeithaml and Bitner, 2000 : 74) กล่าวว่า คุณภาพบริการและความพึงพอใจ อยู่บนพื้นฐานของการรับรู้การบริการ และคำว่า "การรับรู้" มักมีส่วนเกี่ยวข้องกับความคาดหวังเสมอ ความคาดหวังเป็นพลวัต การประเมินความคาดหวังของผู้บริโภคจึงมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา สิ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในวันนี้ อาจมีการเปลี่ยน

แปลงในวันพรุ่งนี้ และควรพึงระลึกไว้ว่า คุณภาพและความพึงพอใจนั้นอยู่บนพื้นฐานของการรับรู้การบริการของผู้ใช้บริการในเรื่องเกี่ยวกับการบริการที่ได้รับ

จากแนวคิดและคำจำกัดความดังกล่าว พอสรุปได้ว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่ผู้ใช้บริการเลือกรับเอาสารสนเทศหรือสิ่งเร้าที่ได้จากการรู้สึกผ่านอวัยวะรับสัมผัส เข้ามาจัดระเบียบและทำความเข้าใจโดยอาศัยประสบการณ์เป็นเครื่องมือ ต่อจากนั้นจึงมีปฏิกิริยาตอบสนอง เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาอย่างหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการตัดสินใจเลือกใช้บริการ และเป็นพื้นฐานในการวัดคุณภาพบริการและความพึงพอใจ

1.8 ความพึงพอใจกับคุณภาพบริการ

มีบางคนยังใช้ คำว่า คุณภาพบริการกับความพึงพอใจในความหมายที่ใช้แทนกันได้ แต่ในส่วนของนักวิจัยได้พยายามหาข้อแตกต่างระหว่าง 2 แนวคิดนี้โดยพบว่า มีพื้นฐานแตกต่างกัน ถ้าพิจารณาในทาง "สาเหตุ" และ "ผลลัพธ์" สามารถสรุปได้ว่า ความพึงพอใจจะมีความหมายกว้างและครอบคลุมคุณภาพบริการ หรือคุณภาพบริการเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ โดยคุณภาพบริการ เป็นการประเมินที่เกิดจากการรับรู้ การให้บริการในด้านต่าง ๆ ซึ่งซิทแฮมและบิทเนอร์ (Zeithaml and Bitmner, 1996) ได้เสนอและยกตัวอย่างการประเมินคุณภาพบริการในโรงพยาบาลซึ่งผู้ใช้บริการจะประเมินจากสิ่งต่อไปนี้คือ

1.8.1 ความเชื่อมั่นไว้วางใจได้ (Reliability) มีการวิเคราะห์โรคอย่างถูกต้องแม่นยำ การนัดหมายมีการลงบันทึกไว้ในตารางการนัดหมาย เป็นต้น

1.8.2 การตอบสนองผู้รับบริการทันที (Responsiveness) ไม่ต้องคอยนาน

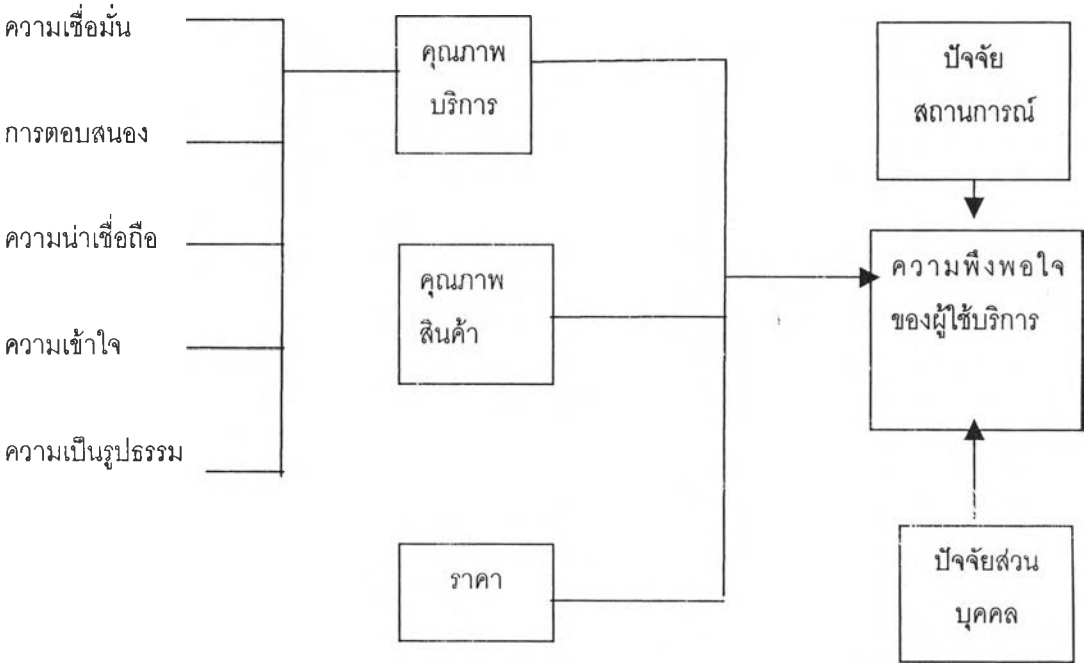
1.8.3 ความน่าเชื่อถือได้ (Assurance) บุคลากรที่ให้บริการ มีความรู้ทักษะ สถานบริการได้รับใบรับรอง และมีชื่อเสียง

1.8.4 ความเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Empathy) ให้ความสำคัญ จำผู้ป่วยและอาการป่วยครั้งก่อนได้ เป็นผู้ฟังที่ดี มีความอดทน

1.8.5 ความเป็นรูปธรรม (Tangible) เครื่องมืออุปกรณ์ที่พร้อมใช้ตลอดเวลา ห้องรอตรวจ ห้องตรวจ มีความเป็นระเบียบ สะอาด สวยงาม

ซิทแฮมและบิทเนอร์(Zeithaml and Bitner ,2000 :75) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นการรับรู้คุณภาพการบริการ คุณภาพของสินค้าและราคา นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านสถานการณ์ และปัจจัยส่วนบุคคลดังแสดงตามแผนภูมิดังต่อไปนี้

แผนภูมิที่ 2 แสดง การรับรู้คุณภาพและความพึงพอใจ



ที่มา : Zeithaml and Bitner ,2000 :75

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า การรับรู้เป็นแนวคิดสำคัญที่งานบริการได้นำมาใช้เป็นตัววัดการบรรลุเป้าหมายของการใช้บริการ ซึ่งในการให้บริการสาธารณะนั้น บรูดนีย์ และอิงแลนด์ (Jeffery L. Brudney และ Robert E. England อ้างใน เทพศักดิ์ บุณยรัตพันธ์, 2535) ได้เปรียบเทียบวิธีวัดการให้บริการ ระหว่างแนวทางแบบอัตวิสัยและแนวทางแบบวัตถุวิสัย สรุปได้ดังตาราง

ตารางที่ 8 วิธีวัดเป้าหมายของการให้บริการสาธารณะ

มิติ (Dimension)	อัตวิสัย (Subjective)	วัตถุวิสัย (Objective)
1 . มุ่งเน้นหน้าที่ของบริการ 2. เป้าหมายของบริการ	1. พิจารณาที่ประชาชน 2. พิจารณาหน้าที่ทางการเมือง 2.1พิจารณาที่การสนองตอบ (Responsiveness) ต่อความต้องการและข้อเรียกร้องของประชาชน 2.2พิจารณาที่ความเสมอภาค (Equity)ในการกระจาย	1. พิจารณาที่ผู้ให้บริการ 2. พิจารณาหน้าที่ทางเศรษฐกิจ 2.1พิจารณาที่ประสิทธิภาพ (Efficiency) พิจารณาจาก ผลิตผล (Productivity) 2.2พิจารณาที่ประสิทธิผล (Effectiveness) เช่น พิจารณาจากการประเมินผล

จากตารางดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าวิธีการวัดการให้บริการสาธารณะในแต่ละด้านจะมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ การวัดด้านอัตวิสัยจะมุ่งเน้นที่ประชาชน หรือผู้รับบริการในขณะที่การวัดด้านวัตถุวิสัยจะมุ่งเน้นที่ผู้ให้บริการเป็นหลัก นอกจากนี้เมื่อพิจารณาในแง่ของเป้าหมายของการบริการแล้ว ในการวัดด้านอัตวิสัยจะมุ่งตอบคำถามที่สำคัญ 2 ประการ คือ หน่วยงานที่มีหน้าที่ให้บริการสาธารณะ สามารถสนองตอบต่อความต้องการหรือข้อเรียกร้องของประชาชนได้หรือไม่ อย่างไร และมีความเสมอภาคในการให้บริการหรือไม่ ในขณะที่การวัดด้านวัตถุวิสัยจะมุ่งตอบคำถามที่สำคัญ 2 ประการ คือ ระบบการให้บริการสาธารณะมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลหรือไม่

เนื่องจากการให้บริการในโรงพยาบาลเป็นการบริการที่ต้องมีความละเอียดอ่อน เพราะผู้ใช้บริการมีความหลากหลาย การให้บริการจะต้องคำนึงถึงด้านจริยธรรมควบคู่ไปกับประสิทธิภาพการให้บริการแบบองค์รวม ดังนั้นจุดมุ่งหมายในการให้บริการจึงต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้ใช้บริการที่ไม่ขัดต่อหลักการรักษาพยาบาล การศึกษาครั้งนี้จึงใช้วิธีวัดด้านอัตวิสัยที่มุ่งเน้นผู้ใช้บริการเป็นหลัก

2. หลักการบริหารโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

ในการบริหารงานของโรงพยาบาลนั้นจะต้องอยู่บนพื้นฐานของวัตถุประสงค์ นโยบายของหน่วยงานเป็นสำคัญ นอกจากนี้สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการบริหารงานโรงพยาบาล คือ ประเภทของโรงพยาบาลนั้น ๆ ซึ่งมีการแบ่งไว้หลายวิธี และวิธีหนึ่งที่เป็นที่นิยม คือ แบ่งตามลักษณะการเป็นเจ้าของ โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

2.1 โรงพยาบาลรัฐบาล

2.2 โรงพยาบาลเอกชนที่เป็นขององค์กรศาสนาหรือมูลนิธิ

2.3 โรงพยาบาลเอกชนที่ดำเนินการในรูปบริษัท

2.1 โรงพยาบาลรัฐบาล

เป็นองค์การที่ทำงานด้านการแพทย์ทั้งในสถานที่และในชุมชน มีหน้าที่ให้บริการสาธารณาสุขทุกด้านแก่ประชาชนทั้งด้านการรักษาพยาบาลและการป้องกันโรค การบริการผู้ป่วยนอกครอบคลุมขยายไปถึงบ้านผู้ป่วย นอกจากนี้โรงพยาบาลยังเป็นที่ฝึกอบรมของบุคลากรสาธารณสุข และเป็นที่ทำการค้นคว้า วิจัยปัญหาสาธารณสุข ของชุมชน

โรงพยาบาลรัฐยังสามารถจำแนกย่อย ออกเป็นสังกัดต่างๆได้ดังนี้

2.1.1 โรงพยาบาลรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึงโรงพยาบาลทั่วไปที่อยู่ในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน เป็นต้น

2.2.2 โรงพยาบาลของรัฐ สังกัดกระทรวงกลาโหม หมายถึงโรงพยาบาลทั่วไปที่อยู่ในสังกัดกระทรวงกลาโหม เช่น โรงพยาบาลภูมิพล โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เป็นต้น

2.2.3 โรงพยาบาลทั่วไปที่อยู่ในสังกัดกรุงเทพมหานคร เช่น โรงพยาบาลวชิระ โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เป็นต้น

2.2.4 โรงพยาบาลทั่วไปที่สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย เช่น โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นต้น

2.2.5 โรงพยาบาลสังกัดอื่น ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ภาระหน้าที่หลักของโรงพยาบาลมีดังนี้คือ

1) ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การโภชนาการ การอนามัยโรงเรียน เป็นต้น

2) ให้บริการการป้องกันโรค เช่น การฉีดวัคซีน ให้ภูมิคุ้มกันโรค เป็นต้น

3) ให้บริการตรวจ วินิจฉัย และรักษาโรคทั่วไป

4) ให้บริการฟื้นฟูสุขภาพ

ด้านโครงสร้างการบริหารหรือสายการบังคับบัญชาในส่วนกลางนั้น จะมีความแตกต่างกันบ้างในการเรียกชื่อ แต่โดยรวมแล้วจะมีการแบ่งที่คล้ายกัน คือ แบ่งตาม

งานที่รับผิดชอบ เช่น ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายศัลยกรรม ฝ่ายพยาธิวิทยา ฝ่ายทันตกรรม เป็นต้น ซึ่งในส่วนภูมิภาคก็จะมีการแบ่งตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ เช่นเดียวกัน

2.2 โรงพยาบาลที่เป็นขององค์การศาสนาหรือมูลนิธิ

ได้ก่อกำเนิดมานานก่อนโรงพยาบาลเอกชนอื่น ๆ และมีความจุของโรงพยาบาลแตกต่างกันมากตั้งแต่ 10-800 เตียง ส่วนมากโรงพยาบาลขององค์การศาสนานั้น ได้รับเงินสนับสนุนจาก ผู้เลื่อมใสศรัทธา และกองทุนจากองค์การศาสนาต่างประเทศ และมักจะมีชาวต่างชาติมาร่วมบริหารอยู่ด้วย ฉะนั้นการบริหารของโรงพยาบาลขององค์การศาสนาจึงเป็นระเบียบดี เกือบเหมือนกับการบริหารของโรงพยาบาลรัฐบาล ส่วนโรงพยาบาลมูลนิธิก็เช่นกัน มีมูลนิธิคอยช่วยเหลือด้านการเงิน การบริหารด้านการเงินมักจะอยู่ในมือขององค์การศาสนา หรือมูลนิธิช่วยเหลือด้านการเงิน ทางด้านวิชาการ มีอยู่บ้างโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลที่เป็นองค์การศาสนาใหญ่ ๆ มักจะติดต่อกับองค์การต่างประเทศทางด้านวิชาการ เช่น เชิญแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศมาสอน และแลกเปลี่ยนความรู้ ด้านนโยบายการบริหารนั้นโรงพยาบาลที่เป็นองค์กรศาสนา และมูลนิธิ มีการคำนึงถึงการอยู่รอดและเรื่องกำไร ขาดทุน น้อยกว่าโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากมีกองทุนคอยช่วยเหลือ อัตราค่าบริการต่าง ๆ จึงต่ำกว่า ประชาชนจึงนิยมไปรับบริการมาก แต่อัตราเงินเดือนของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่เป็นองค์กรศาสนา และมูลนิธิ ต่ำกว่าอัตราของโรงพยาบาลเอกชนอยู่บ้าง ทำให้การจูงใจในการทำงาน อาจน้อยกว่าตามไปด้วย

ในส่วนของการจัดรูปองค์การ และการบริหารงานจะแตกต่างกันไปตามลักษณะขององค์การศาสนาและมูลนิธิ แต่ก็มุ่งที่การจัดบริการที่ดีที่สุดเพื่อประชาชน

2.3 โรงพยาบาลเอกชนที่ดำเนินการในรูปบริษัท

ในระยะแรกๆการจัดรูปองค์การของโรงพยาบาล เอกชนไม่แตกต่างไปจากการจัดรูป องค์การของโรงพยาบาลรัฐบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลซึ่งมีขนาดไม่เกิน 30 เตียง ก็มีการจัดรูปองค์การโรงพยาบาลที่ไม่แยกแผนก เน้นหนักไปในการรักษาพยาบาลอย่างเดียว และมีแพทย์ประจำไม่ครบทุกแขนงวิชาการรักษาโรค เช่น อาจมีศัลยแพทย์ แต่ไม่มีสูติ - นรีแพทย์ เป็นต้น แต่บางโรงพยาบาลก็แบ่งการจัดรูปองค์การเป็นบางแผนกที่มีแพทย์รับผิดชอบ ส่วนมากจะเป็นแผนกที่เป็นแผนกหลัก เช่น แผนกศัลยกรรม แผนกสูตินรีเวช แผนกอายุรกรรม และแผนกกุมารเวชกรรม เป็นต้น

โรงพยาบาลซึ่งมีความจุเกิน 50 เตียง ขึ้นไป ส่วนมากจะมีการจัดรูปองค์การแยกแผนกอย่างสมบูรณ์เหมือนกับโรงพยาบาลรัฐทั่วไป จะต่างกันบ้างในเรื่องของการเผยแพร่

การส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนมีแผนกประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ให้กับประชาชนทั่วไป ทั้งทางด้านสื่อสารมวลชน ทางด้านจุลสาร ทางวิทยุและโทรทัศน์ นับว่าโรงพยาบาลเอกชนมีส่วนช่วยทางด้านสุขศึกษาอยู่มาก ทำให้ประชาชนมีความรู้ในเรื่องโรคภัยและวิธีป้องกันดีขึ้น นอกเหนือจากนี้ ยังเป็นการเสริมภาพพจน์ที่ดีของโรงพยาบาลในสายตาประชาชน

จากงบการเงินของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทยจะเห็นได้ว่า ธุรกิจนี้กำลังประสบกับภาวะการดำเนินงานที่ขาดทุน ซึ่งเกิดขึ้นในปีที่เศรษฐกิจของประเทศไทยเริ่มเผชิญกับภาวะวิกฤตซึ่งเป็นผลมาจากการประกาศลอยตัวค่าเงินบาทของไทยเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2540 ทำให้ภาวะหนี้สินและค่าใช้จ่ายต่างๆของธุรกิจนี้เพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณ ทั้งนี้เพราะแหล่งเงินกู้ส่วนหนึ่งของธุรกิจเป็นเงินกู้ที่ได้มาจากต่างประเทศ ดังนั้นเมื่อมีการประกาศ ลอยตัวค่าเงินบาท ภาระหนี้สินระยะสั้นของโรงพยาบาลจึงเพิ่มสูงขึ้นมากซึ่งมีผลกระทบต่อกำไรอย่างมาก จากการขยายตัวเพิ่มขึ้นของผลกำไรในปี 2539 ที่ร้อยละ 23.08 มาเป็นลดลงร้อยละ 802.49 ในปี 2540 ซึ่งแม้ว่ายอดรายได้โดยรวมของธุรกิจนี้ยังเพิ่มขึ้นก็ตาม แต่ในขณะเดียวกันค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานก็มีแนวโน้มสูงขึ้นตามไปด้วย

สาเหตุสำคัญที่ทำให้โรงพยาบาลเอกชนต่างๆอยู่ในภาวะถดถอยเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจอยู่ในช่วงขาลงอย่างต่อเนื่องในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา จำนวนผู้ใช้บริการของโรงพยาบาล เอกชนลดลงมาก และหันไปพึ่งบริการของโรงพยาบาลรัฐบาลกันมากขึ้น นอกจากนี้การกระจุกตัวอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครทำให้อุปทานเกินความต้องการส่วนแบ่งครองตลาดของโรงพยาบาลแต่ละแห่งจึงลดลงตามไปด้วย

นอกจากนี้ภาวะเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้พฤติกรรมของประชาชนในการรักษาพยาบาลเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย จากเดิมที่ยอมจ่ายเงินเพิ่มขึ้นเพื่อแลกกับความสะดวกสบายและบริการที่ดีของโรงพยาบาลเอกชน ปัจจุบันประชาชนยอมที่จะเสียเวลามากขึ้นเพื่อแลกกับการรักษาพยาบาลที่มีราคาย่อมเยาของโรงพยาบาลรัฐ (ศิริพรรณ เปลี่ยนสกุล, 2542:49)

โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งได้ปรับตัวเองเพื่อความอยู่รอด เช่น หันมาสนใจลูกค้าต่างชาติโดยการให้บริการตรวจสุขภาพ ตกแต่งความงาม ลูกค้ากลุ่มนี้มีกำลังซื้อสูงจะสามารถทดแทนส่วนผู้ป่วยในประเทศที่ลดลงได้ ทางด้านอุปกรณ์การแพทย์และบุคลากรผู้เชี่ยวชาญของโรงพยาบาลเอกชนก็เป็นที่ยอมรับของชาวต่างชาติมากขึ้น โรงพยาบาลที่เริ่มให้ความสนใจด้านนี้ได้แก่ โรงพยาบาลสมิติเวช โดยร่วมมือกับพันธมิตรทางธุรกิจที่เป็นบริษัทประกันสุขภาพ บริษัท รับขนส่งผู้ป่วยฉุกเฉินให้บริการครอบคลุมไปถึงประเทศเวียดนาม กัมพูชา ลาว และพม่า ทำให้ สัดส่วนผู้ป่วยชาวต่างชาติเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 20 ของจำนวน

I90117619

ผู้ป่วยทั้งหมด นอกจากโรงพยาบาลดังกล่าวแล้ว โรงพยาบาลวิภาวดีก็ปรับโรงพยาบาลในเครือ 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลวิภาวดี 1 โรงพยาบาลวิภาวดี 2 และโรงพยาบาลเจ้าพระยา ให้เป็นฐานรองรับผู้ป่วยชาวต่างชาติจากประเทศใกล้เคียงแถบอินโดจีน และเจรจากับโรงพยาบาลในประเทศดังกล่าวประมาณ 7-8 แห่ง เพื่อส่งผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำการรักษาในโรงพยาบาลของตนได้เนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ ให้เข้ามาทำการรักษาในโรงพยาบาลวิภาวดี

อีกวิธีหนึ่งที่นิยมใช้กันและมีแนวโน้มที่จะทำกันมากคือ การรวมกลุ่มพันธมิตรในการักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางซึ่งจะทำให้เกิดข้อดีคือ นอกจากจะเป็นการลดกระแสของการแข่งขันกันเองแล้ว ยังเป็นการประหยัดรายจ่ายบางส่วนลงได้ อาทิ ค่ายา และอุปกรณ์การแพทย์บางชนิด (ศิริพรรณ เปลี่ยนสกุล , 2542:49-50)

2.4 ระบบบริหารงานของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

วินัย ลีสมิทธิ์ และคณะ (2542) ได้ศึกษาระบบบริหารงานของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนโดยวิธีเชิงปริมาณและคุณภาพ จากโรงพยาบาลรัฐและเอกชน รวม20 แห่ง ได้ข้อสรุปดังนี้

2.4.1. ด้านนโยบาย พันธกิจ และวิสัยทัศน์

โรงพยาบาลรัฐ มีการเขียนนโยบาย พันธกิจ และวิสัยทัศน์ ตามแนวทางที่กระทรวงต้นสังกัดกำหนด ทั้งด้านการบริหาร ขณะที่โรงพยาบาลเอกชนแสวงกำไร กำหนดนโยบายหลักในบริการด้านรักษาพยาบาลเพื่อธุรกิจ โดยพันธกิจและวิสัยทัศน์ เน้นเพื่อการคุ้มทุนและกำไร ส่วนโรงพยาบาลเอกชนไม่แสวงกำไรไม่มีธุรกิจกำไรขาดทุน แม้จะมีการคำนึงด้านความคุ้มทุนก็ตาม

2.4.2 โครงสร้างการบริหารและสายการบังคับบัญชา

โรงพยาบาลรัฐและเอกชนมีโครงสร้างหลักของการบริหาร3 องค์ประกอบ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และหน่วยปฏิบัติงานที่มีหัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้ดูแลกำกับการปฏิบัติงานบริการ บทบาทขององค์ประกอบหลักนั้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทำหน้าที่ดูแลบริหารงานทั้งหมด ตามนโยบายที่ได้รับจากผู้บริหาร หรือคณะบริหารที่สูงกว่า คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลที่มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานทำหน้าที่บริหารงานประจำในโรงพยาบาลตามแนวทางนโยบายที่กำหนด ส่วนหน่วยปฏิบัติงานนั้นดำเนินงานให้บริการตามความรับผิดชอบและบทบาทที่มี เช่น ฝ่ายการพยาบาลให้บริการด้านรักษาพยาบาลแก่ผู้มารับบริการ เป็นต้น ความแตกต่างที่ชัดเจนของโรงพยาบาลเอกชนจาก

งานของผู้อำนวยการ กรรมการบอร์ด จะประกอบด้วยผู้ลงทุนในโรงพยาบาลเอกชน ส่วนโรงพยาบาลรัฐจะเป็นผู้บังคับบัญชาตามสายงานของทางราชการ จนถึงระดับกรม และกระทรวง

โรงพยาบาลรัฐเป็นองค์กรที่มีบทบาทสำคัญมากในการบริหารงานโรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลรัฐจะมีโครงสร้างคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลที่ประกอบด้วยหัวหน้างานตามตำแหน่งที่กำหนดไว้และมีโครงสร้างที่ใหญ่ มีผลทำให้การทำงานขาดประสิทธิภาพ วาระการดำรงตำแหน่งไม่ชัดเจน หรือขึ้นอยู่กับการโยกย้าย และมีผลกระทบในการต่อเนื่องของการปฏิบัติงานได้ แต่โรงพยาบาลเอกชนเองจะมีการคัดเลือกโดยผู้อำนวยการ และมีวาระการดำรงตำแหน่งแน่นอน รวมทั้งคณะกรรมการไม่มากมาย เช่น โรงพยาบาลรัฐ

2.4.3 การวางแผนและการบริหารจัดการโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

1) การวางแผน

โรงพยาบาลทั้งในส่วนรัฐและเอกชน มีการวางแผนในรูปคณะกรรมการ ซึ่งคณะกรรมการอาจเป็นชุดเดียวกับกรรมการบริหารโรงพยาบาล ที่มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน หรือคณะกรรมการเฉพาะกิจที่ทำหน้าที่วางแผนเพื่อเสนอต่อกรรมการบริหารโรงพยาบาลต่อไป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในฐานะประธานกรรมการมีบทบาทสำคัญในการจัดทำแผนโรงพยาบาล โดยอาจมีที่ปรึกษา เช่น คณบดี คณะแพทย์เป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสังกัดโรงเรียบแพทย์ เป็นต้น หรืออาจจะไม่มีที่ปรึกษาโดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนแสวงกำไร ผู้อำนวยการมีบทบาท เพื่อการแข่นขันเชิงธุรกิจและการตลาด เพื่อขายบริการสุขภาพ

การวางแผนนั้น เป็นการวางแผนงานบริการที่ปฏิบัติเป็นประจำ เพื่อให้บรรลุนโยบายและพันธกิจที่กำหนด และมีการเน้นด้านมาตรฐานการให้บริการและการควบคุมปรับปรุงคุณภาพบริการ ตามหลักการของ Quality Assurance, ISO และ Hospital Accreditation

2) การบริหารพัสดุ

การบริหารพัสดุในโรงพยาบาลรัฐ มีระเบียบราชการเป็นตัวกำหนดวิธีดำเนินการตั้งแต่การจัดหาจนจำหน่ายออก ในการจัดหาจะดำเนินการในรูปคณะกรรมการ ที่ให้ผู้มีความรู้หรือเชี่ยวชาญมาร่วมเป็นกรรมการพิจารณาจัดหาพัสดุ ครุภัณฑ์การแพทย์จะมีกรอบที่กำหนด โดยส่วนกลางเป็นตัวควบคุม ซึ่งหากนอกเหนือกรอบที่กำหนดต้องขอความยินยอมจากกระทรวงการคลัง การวางแผนจึงเน้นที่กรอบมากกว่าความต้องการที่จะมีเพื่อการบริการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการวิเคราะห์ถึงความคุ้มทุนสำหรับท้องที่นั้น

การจัดหาครุภัณฑ์ของโรงพยาบาลรัฐ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ แต่ขาดการวางแผนและการประสานงานที่ดี ไม่มีนักการเงิน การบัญชีสำหรับการวิเคราะห์ เกิดการแข่งขันโดยไม่ได้หวังกำไรเชิงธุรกิจกับโรงพยาบาลเอกชน จนบางครั้งเกิดการซ้ำซ้อนของการมีครุภัณฑ์เพื่อบริการ การขาดการประสานงาน อาจมาจากสาเหตุการไม่เข้าใจ บทบาทการบริการ และความไม่คล่องตัวของการสร้างเครือข่ายการบริการทั้งกับส่วนรัฐและกับเอกชน อันเนื่องมากจากระเบียบราชการที่ไม่เอื้ออำนวย

โรงพยาบาลเอกชนไม่แสวงกำไร มีการจัดหาพัสดุในรูปกรรมการ ซึ่งประกอบด้วยผู้มีความต้องการพัสดุนั้น ๆ กับผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญร่วมดำเนินการจัดหา แตกต่างกับระบบราชการที่มีนักการเงินการบัญชีช่วยวิเคราะห์ถึงความคุ้มทุน ซึ่งแม้จะไม่ได้สร้างกำไร แต่ต้องมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลเอกชนไม่แสวงกำไรมีกรรมการบอร์ดที่ดูแลกำกับ การอนุมัติจัดหา ครุภัณฑ์ราคาแพง ได้มีการนำระบบการจัดหาควบคุมดูแลมาดำเนินการ โดยมีการตรวจสอบได้ ถูกต้องโปร่งใสทุกขั้นตอน

โรงพยาบาลเอกชนแสวงกำไรนั้น การบริหารพัสดุโดยทั่วไปอยู่ภายใต้อำนาจการดูแลกำกับของผู้อำนวยการ โดยเฉพาะการจัดหาและบริหารเวชภัณฑ์ ซึ่งมีนโยบายและการ ดำเนินงานให้มีต้นทุนต่ำและสร้างกำไร มีการจัดตั้งบริษัทเครือข่าย เพื่อดำเนินธุรกิจค้าขายเวชภัณฑ์ และเป็นคลังเวชภัณฑ์ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความโปร่งใส โดยไม่มีการดำเนินธุรกิจ เช่น บริษัทค้าเวชภัณฑ์ทั่วไป ในการจัดหาครุภัณฑ์ราคาแพง ถือเป็นการลงทุนเพิ่มเติมต้องได้รับความเห็นชอบจากกรรมการบริหารบริษัท โดยพิจารณาความคุ้มทุนเชิงธุรกิจและการตลาด เครื่องมือเฉพาะวิชาชีพที่ไม่คุ้มจะลงทุน โดยโรงพยาบาลเอกชนแสวงกำไรมอบให้อยู่ในความรับผิดชอบของแพทย์หรือทันตแพทย์ที่จัดหาเครื่องมือมาบริการผู้ป่วยเอง โดยโรงพยาบาลบริการสถานที่ให้มีการซื้อขายบริการเท่านั้น ซึ่งเป็นการไม่ต้องเพิ่มต้นทุนการบริการของโรงพยาบาล และไม่เกิดสูญเปล่าเมื่อแพทย์หรือทันตแพทย์นั้น ๆ ย้ายออกไป

3) การทำงบประมาณ

การจัดทำงบประมาณของโรงพยาบาลรัฐมีการกำหนดจัดทำงบประมาณตามแผนงานโครงการ โดยกรรมการบริหารโรงพยาบาล รายการงบประมาณที่จัดทำต้องอยู่ในกรอบที่กำหนดตามหมวดงบประมาณของส่วนราชการ เช่น ค่าตอบแทน ค่าสาธารณูปโภค เป็นต้น โรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจ มีการจัดทำงบประมาณ โดยอ้างอิงหมวดงบประมาณของราชการเป็นหลัก

โรงพยาบาลเอกชนไม่แสวงกำไร มีการจัดของบประมาณในลักษณะขออนุมัติวงเงินที่ต้องการในปีนั้นๆ โดยมีการกำหนดหมวดหมู่รายการเหมือนโรงพยาบาลรัฐ ยอดงบประมาณที่ขอมี 2 ส่วน ได้แก่ เงินบำรุงที่ขอกำหนดยอดวงงบประมาณ สำหรับการใช้จ่ายใน

การดำเนินงานของโรงพยาบาลกับส่วนขอเพิ่มเติม เพื่อเป็นหารลงทุนครุภัณฑ์ราคาแพง เพื่อการก่อสร้างและเพื่ออุดหนุนแก่ผู้ป่วยอนาถาหรือรายได้น้อย การดูและกำกับมีการตรวจสอบบัญชีและมีการกำหนดอำนาจการบริหารเงินตามลำดับ โยเฉพาะวงเงินเพื่อการอนุมัติ และจ่ายเพื่อการดำเนินงาน เช่น ผู้อำนวยการมีวงเงินอนุมัติจ่ายไม่เกินหนึ่งแสนบาทต่อครั้งการจัดซื้อ ซึ่งหากเกินวงเงินที่กำหนดให้เป็นอำนาจการอนุมัติของกรรมการบอร์ด วงเงินที่กำหนดมุ่งให้จ่ายเงิน เพื่อดำเนินการเท่านั้น ซึ่งไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน และสามารถตรวจสอบได้ง่าย นอกจากนี้การบริหารงบประมาณมีความคล่องตัวกว่าราชการเพราะไม่มีการกำหนดหมวดเงิน ซึ่งเป็นการจ่ายที่คล่องตัว

การจัดทำงบประมาณของโรงพยาบาลธุรกิจไม่มีการจัดทำ เช่น โรงพยาบาลรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสงวงกำไร เพราะการควบคุมกำกับดูแลเป็นการตรวจสอบเรื่องการกำไรและขาดทุน และการตรวจสอบทางการเงินการบัญชี การจัดทำงบประมาณมีเพียงเพื่อรายงานสถานะการเงิน และการจัดทำบัญชีเพื่อปันผลผู้ถือหุ้น และสำหรับพิจารณาการลงทุนในระยะต่อไป แหล่งเงินเพื่อดำเนินงานมาจากการลงทุน กำไรจากการดำเนินงานและการกู้เงิน ดังนั้นการจัดงบประมาณของโรงพยาบาลแสวงกำไรจึงเน้นเชิงธุรกิจการลงทุนเป็นสำคัญ

4) ค่าตอบแทน

โรงพยาบาลใช้ทรัพยากรบุคคลวิชาชีพต่าง ๆ เป็นสำคัญและจำนวนมาก ค่าตอบแทนจึงสำคัญเพราะเกี่ยวข้องกับคุณภาพและประสิทธิภาพการบริการ โดยเฉพาะกำไรขาดทุนของโรงพยาบาล

5) ประเภทและสัดส่วนบุคลากรในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

สายวิชาชีพแพทย์และพยาบาล เป็นสายวิชาชีพที่มีสัดส่วนมากกว่าสายวิชาชีพอื่นๆ ในโรงพยาบาล โรงพยาบาลเอกชนมีจำนวนบุคลากรสายทางการเงินการบัญชีที่มากกว่าโรงพยาบาลรัฐ ความแตกต่างอาจเนื่องมาจากบทบาทหน้าที่ของการเงินการบัญชีที่โรงพยาบาลเอกชนต้องการศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในการวิเคราะห์ระบบการเงินการบัญชีให้ผู้บริหารตัดสินใจ และตรวจสอบดำเนินการด้านหนี้สิน ในขณะที่โรงพยาบาลรัฐทำหน้าที่เพียงการลงรายงาน เพื่อการตรวจสอบอย่างถูกต้องตามระเบียบราชการเท่านั้น

การตรวจรักษาผู้ป่วยนอกแพทย์โรงพยาบาลเอกชนไม่แสวงกำไร มีสัดส่วนแพทย์หนึ่งคน ให้บริการผู้ป่วยนอก 6,736 คนต่อปี สูงกว่าโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาล รัฐวิสาหกิจที่แพทย์หนึ่งคน ให้บริการเพียง 3,043 คน และ 3,125 คน ตามลำดับ ทั้งนี้อาจ เนื่องจากแรงจูงใจของการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ผู้ตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลเอกชนไม่แสวงกำไร มีการจ่ายค่าตอบแทนตามปริมาณงาน ขณะที่โรงพยาบาลรัฐไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนดังกล่าว

การเปรียบเทียบปริมาณพยาบาลกับผู้ป่วยใน พบว่า โรงพยาบาลเอกชนแสวงกำไรนั้น พยาบาลหนึ่งคนรับผิดชอบ เตียงผู้ป่วย 2-3 เตียง ขณะที่โรงพยาบาลรัฐ กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจ และโรงพยาบาลเอกชนไม่แสวงกำไรพยาบาลหนึ่งคนรับผิดชอบ 1-2 เตียง

เมื่อศึกษาเปรียบเทียบจำนวนแพทย์และพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลเอกชนแสวงกำไรมีจำนวนพยาบาลต่อแพทย์ คิดเป็น 2:1 ขณะที่โรงพยาบาลสังกัดอื่น มีสัดส่วนพยาบาลต่อแพทย์เป็น 5:1 อาจเพราะโรงพยาบาลเอกชนแสวงกำไรต้องการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ มาก เพื่อประกันคุณภาพและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้มารับบริการ และยังเป็นการสร้างภาพลักษณ์ทางธุรกิจ

6) เงินเดือนและค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ สาขาวิชาชีพต่าง ๆ

ในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนผลการเปรียบเทียบค่าตอบแทน ที่จ่ายในช่วงปี พ.ศ. 2536-2538 นั้น พบว่า ค่าตอบแทนที่จ่ายในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขมีอัตราเพิ่มสูงสุดคิดเป็น ร้อยละ 44 โรงพยาบาลเอกชนไม่แสดงกำไรคิดเป็น ร้อยละ 30 โรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจเพิ่มน้อยที่สุด ร้อยละ24 อัตราการเพิ่มที่เกิดอย่างรวดเร็วของโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของระเบียบการจ่ายค่าตอบแทน เพื่อให้ภาครัฐมีระดับเงินรายได้เท่าเทียมกับภาคเอกชน และเป็นการแก้ไขปัญหาสมองไหล เช่น ค่าตอบแทนแก่แพทย์ที่ไม่ทำเวชปฏิบัติและคลินิกส่วนตัวคนละหนึ่งหมื่นบาทต่อเดือน การจ่ายเงินค่าตอบแทนตามปริมาณงาน เมื่อปฏิบัติงานนอกเวลาราชการทั้งของแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล เป็นต้น

โรงพยาบาลคณะแพทย์ มีข้อมูลค่าตอบแทนเฉพาะปี 2537-2538 โดยเพิ่มจาก 60.87 ล้านบาท เป็น 90.36 ล้านบาท คิดเป็น ร้อยละ 48.45 สำหรับกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มจากปี 2537-2538 นั้น จาก 25.13 ล้านบาท เป็น 32.80 ล้านบาท คิดเป็น ร้อยละ 30.52

การเปรียบเทียบค่าตอบแทนช่วงปี 2538-2540 นั้น โรงพยาบาลคณะแพทย์มีอัตราที่เพิ่มขึ้นสูงสุดถึง ร้อยละ 46 โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขเพิ่ม ร้อยละ 43.41 โรงพยาบาลเอกชนแสวงกำไร ร้อยละ 33 โรงพยาบาลเอกชนไม่แสวงกำไร ร้อย 17.38 และรัฐวิสาหกิจเพิ่มเพียง ร้อยละ 7.59 เท่านั้น เมื่อเปรียบเทียบกับช่องปี พ.ศ. 2536-2538 พบว่าโรงพยาบาลเอกชน ไม่แสวงกำไร โรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจ และโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขมีการเพิ่มของปี 2538-2540 ในอัตราที่ลดลงกว่าเดิม แต่คณะแพทย์กลับสูงขึ้นกว่าช่วงปี พ.ศ. 2537-2538

7) งานบริหารบุคคล

การบรรจุแต่งตั้ง มีวิธีการขั้นตอน การรับสมัครคัดเลือก และหลักเกณฑ์คล้ายคลึงกัน ทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน โดยดำเนินการในรูปคณะกรรมการ ซึ่งเป็นกรรมการที่

ได้รับแต่งตั้งตามความเหมาะสม มีหัวหน้างานที่เกี่ยวข้อง และหัวหน้างานบุคคลร่วมเป็นกรรมการคัดเลือก โดยพิจารณาจากคุณสมบัติที่ต้องการ เช่น วุฒิความรู้ ประสบการณ์ทำงาน เพื่อให้สามารถคัดเลือกบุคคลที่เหมาะสมที่สุดกับงานที่ทำ และมีขั้นตอนของการฝึกทดลองงาน ข้อเด่นของโรงพยาบาลเอกชน ของการรับสมัครคัดเลือกบุคคลเข้าทำงานมอบหมายให้หัวหน้างานนั้น ๆ มีอำนาจในการคัดเลือกบุคคลได้เต็มที่ เพื่อให้มีการสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพขณะที่หน่วยงานรัฐมักจะเป็นขั้นตอนตามรูปแบบของทางราชการมากกว่า

การประเมินการทำงานของหน่วยงานรัฐ มักไม่มีความเข้มแข็งจริงจังนัก ซึ่งไม่ค่อยมีผลต่ออัตราเงินเดือน หรือการประเมินเพื่อให้ออกจากงาน ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนจะมีหัวหน้างานที่รับผิดชอบในการประเมินผลการปฏิบัติงานที่เข้มงวด และมีผลต่อการจ้างงานและการเพิ่มเงินเดือนค่าตอบแทนโรงพยาบาลรัฐมักจะมีการประเมิน เพื่อการสอบสวนจากการทำผิดทางวินัยมากกว่า โดยเฉพาะเรื่องการทุจริตนับว่าเป็นเรื่องวิกฤตทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

การจัดสวัสดิการ เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจในโรงพยาบาลรัฐมีการใช้ระเบียบกระทรวงการคลังที่ให้คุ้มครอบด้านความเจ็บป่วย และค่าตอบแทนเพื่อช่วยเหลือด้านอื่น ๆ เช่น ค่าการศึกษาบุตร โดยเฉพาะสวัสดิการด้านการเจ็บป่วย คุ้มครองกว้างขวางกว่าโรงพยาบาลเอกชน ที่ใช้ระบบประกันสังคม รวมทั้งความมั่นคงของการทำงาน โรงพยาบาลรัฐอนาคตการทำงานไม่ ผูกติดกับธุรกิจกำไร ขาดทุนของหน่วยงาน ดังเช่น โรงพยาบาลเอกชน ระบบสวัสดิการอื่น ๆ อาจมีผลมาจากวัฒนธรรมประเพณี เช่น การที่โรงพยาบาลเอกชนไม่แสวงกำไร มีการจ่ายโบนัสในรูปอั่งเปาของชาวจีน ซึ่งไม่มีในระบบราชการ

3. กลยุทธ์การตลาดในโรงพยาบาล

กลยุทธ์การตลาด (Marketing Strategy) คือ วิธีการที่ใช้เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทางการตลาด (Kotler and Armstrong, 1996)

การนำกลยุทธ์การตลาดมาใช้มีความจำเป็นที่จะต้องเข้าใจแนวคิดในเรื่องกลยุทธ์ เพื่อให้ได้มาซึ่งชัยชนะ ซึ่งมีแนวคิดอยู่ 3 แนวทาง (กุณฑลี เวชสาร, 2538 : 18) คือ

3.1 แนวคิดของการได้ชัยชนะ โดยที่ชัยชนะนั้นเป็นชัยชนะที่ชัดเจน ชัยชนะที่ชัดเจนเกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ การมีทักษะเชี่ยวชาญของบุคลากรและทรัพยากรที่องค์การที่อยู่เหนือองค์การอื่น ๆ ทรัพยากรเหล่านี้ ได้แก่ คน เงิน วัตถุดิบ เครื่องจักร และการจัดการที่ดี (5 Ms : Man, Money, Materials, Machines, Management)

3.2 แนวคิดของการวางกลยุทธ์ที่อาศัยความได้เปรียบเอาชนะคู่แข่ง ซึ่งการได้เปรียบนั้นอาจจะเป็นความได้เปรียบที่มีที่มา 2 ทาง คือ

3.2.1 การได้เปรียบ เพราะ เป็นผู้นำด้านต้นทุน (Cost Leadership)

3.2.2 การได้เปรียบ เพราะผลิตภัณฑ์มีความแตกต่างในสายตาของผู้บริโภค (Product Differentiation) โดยที่ความแตกต่างนั้นอาจจะเกิดจาก

1) การทำงานที่ยอดเยี่ยม (Superior Performance)

2) สินค้ามีความทันสมัย (Innovative Features)

3) การบริการที่ยอดเยี่ยม (Superior Service)

4) ยี่ห้อมีชื่อเสียง (Brand Prestige)

3.3 ระดับของการวางกลยุทธ์ ซึ่งมีอยู่ 3 ระดับ คือ

3.3.1 เป็นกลยุทธ์ระดับบนสุด (Corporate Strategy)

3.3.2 เป็นกลยุทธ์ระดับกลาง (Business Strategy)

3..3.3 เป็นกลยุทธ์ระดับล่าง (Functional Strategy)

ในการเลือกกลยุทธ์นั้นโรงพยาบาลจะต้องพิจารณาด้วยว่าอยู่ในสภาพทางการตลาดอย่างไร คือ เป็นผู้นำทางการตลาด เป็นผู้ท้าชิงหรือผู้ตาม หรือไม่ต้องการเป็นคู่ต่อสู้ใคร แล้วจึงเลือกกลยุทธ์ที่เหมาะสม สำหรับสถานภาพที่เป็นอยู่ (กุณฑลี เวชสาร, 2538 : 22-25)

และนอกจากแนวคิดดังกล่าวแล้ว การเลือกใช้กลยุทธ์การตลาด ยังต้องพิจารณาขอบเขตของการตลาดด้วย โดยเชลบี้ ฮันท์ (อ้างถึงใน วิโรจน์ ชื่นชม , 2543) ได้สรุปขอบเขตของการตลาดในแง่มุมต่าง ๆ ไว้ดังนี้

ตารางที่ 9 ขอบเขตของการตลาด

	การตลาดส่วนย่อย micro	การตลาดส่วนรวม macro
1.ภาคสถาบันที่ทำกำไร	การศึกษาถึงปัญหา สาระเรื่องราว ทฤษฎี และการวิจัยเกี่ยวกับ 1.1 พฤติกรรมของผู้บริโภคที่เป็นผู้ซื้อรายบุคคล 1.2 วิธีการในการกำหนดราคาของธุรกิจ 1.3 วิธีการพิจารณาออกแบบผลิตภัณฑ์ขององค์การ 1.4 วิธีการกำหนดการส่งเสริมการจำหน่าย 1.5 วิธีการกำหนดช่องทางการจำหน่าย 1.6 กรณีศึกษาที่เกี่ยวกับข้อปฏิบัติทางการตลาด	การศึกษาถึงปัญหา สาระเรื่องราว ทฤษฎี และการวิจัยเกี่ยวกับ 1.1 แบบของการบริโภคเชิงรวม 1.2 วิธีการตลาดโดยใช้เกณฑ์สถาบัน 1.3 วิธีการตลาดตามเกณฑ์ผลิตภัณฑ์ 1.4 แง่กฎหมายของการตลาด 1.5 การตลาดเปรียบเทียบ 1.6 ประสิทธิผลของระบบการตลาด 1.7 คนยากจนควรต้องเสียเงินเพิ่มหรือไม่ 1.8 การตลาดมีส่วนส่งเสริมหรือถ่วงการพัฒนาเศรษฐกิจ 1.9 ความสัมพันธ์ของอำนาจ (ข้อดี) และข้อขัดแย้ง หรือค่าใช้จ่าย (ต้นทุน) ของช่องทางการจัดจำหน่าย 1.10 หน้าที่การตลาดเป็นสิ่งที่สามารถนำมาใช้ทั่วไปหรือไม่

ตารางที่ 9 (ต่อ)

	การตลาดส่วนย่อย micro	การตลาดส่วนรวม macro
		1.11 แนวความคิดทางการตลาดสอดคล้องกับประโยชน์ผู้บริโภคเสมอไปหรือไม่
2 ภาคสถาบันที่มิได้ทำกำไร	การศึกษาถึงปัญหา สาระเรื่องราว ทฤษฎี และการวิจัยเกี่ยวกับ 2.1 ลักษณะการซื้อสินค้ามวลชน (public goods) ของผู้บริโภค 2.2 องค์การที่มิได้ทำกำไรควรกำหนดราคาอย่างไร 2.3 องค์การที่มิได้ทำกำไรควรออกแบบผลิตภัณฑ์อย่างไร 2.4 องค์การที่มิได้ทำกำไรควรควรดำเนินการส่งเสริมการจำหน่ายอย่างไร 2.5 องค์การที่มิได้ทำกำไรควรกำหนดช่องทางการจัดจำหน่ายอย่างไร 2.6 กรณีศึกษาต่าง ๆ เกี่ยวกับการตลาดสำหรับสินค้ามวลชน	การศึกษาถึงปัญหา สาระเรื่องราว ทฤษฎี และการวิจัยเกี่ยวกับ 2.1 กรอบของระบบสถาบันสำหรับสินค้ามวลชน 2.2 การโฆษณาทางโทรทัศน์มีอิทธิพลเหนือต่อการเลือกตั้งหรือไม่ 2.3 การโฆษณาแบบบริการต่อชุมชนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมหรือไม่ 2.4 ระบบช่องทางการจัดจำหน่ายสำหรับสินค้ามวลชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมีประสิทธิภาพหรือไม่ 2.5 สินค้ามวลชนมีวิธีการหมุนเวียนกลับ (recycled) ได้อย่างไร

การตลาดส่วนย่อย (Micro marketing) หมายถึง งานการตลาดของหน่วยงานอิสระอันใด อันหนึ่ง เช่น เป็นของเอกชน ทั้งรายบุคคลหรือห้างร้าน

การตลาดส่วนรวม (Macro marketing) หมายถึง งานการตลาดเชิงรวม ที่เป็นของหลาย ๆ สถาบันรวมกัน

ในส่วนของ การรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพ คอทเลอร์ (Kotler 1985 : 3-5 อ้างถึงใน ธีรกร กิตติโสภากูร ,2539 : 42) กล่าวถึงการตลาดของโรงพยาบาลในมลรัฐแมสซาชูเสทว่า ในระยะแรกมีคนเพียงไม่กี่คนเท่านั้นที่ยอมรับการนำความคิดการตลาดมาใช้กับธุรกิจโรงพยาบาล และหนึ่งในจำนวนไม่กี่คนนี้คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล Malden ซึ่งได้กล่าวว่า การดำเนินงานการตลาดของโรงพยาบาลไม่ใช่การขาย ไม่ได้ก่อให้เกิดความต้องการที่ไม่จำเป็น แต่เป็นวิธีเชื่อมโยงระบบข้อมูลการวางแผนการเสนอให้ชุมชน และการประชาสัมพันธ์เข้าด้วยกันอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การตลาดยังช่วยให้โรงพยาบาลระบุได้ว่ายังสามารถให้บริการอะไรเพิ่มเติมแก่ประชาชน หรือพัฒนาบริการใดได้อีก

สำหรับในประเทศไทย สภาพการบริการสุขภาพในปัจจุบันได้แปรเปลี่ยนจากการบริการเชิงสาธารณะ (Public Service) เป็นการบริการเชิงเศรษฐศาสตร์ (Economic Service) หมายถึง การคิดราคา การบริการสุขภาพ และไม่ว่าจะตั้งราคาอย่างไรก็ตาม ผู้ใช้บริการต้องซื้อบริการ คือ มีการแลกเปลี่ยนขึ้นแล้ว การใช้สิทธิ์ของผู้ซื้อย่อมเกิดขึ้น ดังนั้นการคิดราคาการบริการก็จะทำให้เกิดการแข่งขันในการให้บริการเป็นการนำบริการสุขภาพสู่บรรยากาศทางธุรกิจ ซึ่งบ่งชี้จุดเน้นที่ "ผู้ใช้บริการ" การตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการสุขภาพจึงมีความสำคัญยิ่งขึ้น (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2541 : 1-2)

จากสภาพเศรษฐกิจ และสังคมในปัจจุบันไม่ว่าจะเป็นการขยายตัวทางเศรษฐกิจ สังคมการศึกษาของประชากรสูงขึ้น และปัญหามลภาวะ ตลอดจนพฤติกรรมการบริโภค ทำให้ความต้องการการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างมาก ขณะเดียวกัน สถานที่ให้บริการสาธารณสุขของรัฐ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาล สถานีอนามัย ไม่สามารถให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างเพียงพอเพราะสถานที่คับแคบ ตลอดจนงบประมาณที่ทางรัฐบาลจัดสรรให้มีจำกัด ทำให้การบริการล่าช้า จำนวนเตียงที่จะรอรับไม่เพียงพอ ตลอดจนความสะดวกสบายอื่น ๆ ประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจึงหลีกเลี่ยงภาวะดังกล่าว โดยไปใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น นอกจากนี้รัฐบาลเองยังให้การสนับสนุน โดยการมีนโยบายส่งเสริมการลงทุนในการทำธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน อีกทั้งไม่กำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชน โดยให้แต่ละแห่งกำหนดเอง (แต่ต้องติดประกาศอัตราค่ารักษาพยาบาลให้ชัดเจน) และไม่มีการเก็บภาษีมูลค่าเพิ่ม จึงทำให้มีผู้สนใจที่จะทำธุรกิจโรงพยาบาลกันมากในช่วงปี 2529-2539 (วีรวงศ์ วรินกิตติกุล, 2540 : 23-28)

จากการที่มีจำนวนโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็วประกอบกับภาวะเศรษฐกิจที่ถดถอยทำให้เกิดการแข่งขันกันระหว่างโรงพยาบาลเอกชนด้วยกันมากขึ้น โรงพยาบาลรัฐบาลเองต้องมีการเตรียมพร้อมในการออกไปเป็นหน่วยงานภายใต้กำกับของรัฐ ประกอบกับ

นโยบายการให้บริการที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการพัฒนาคุณภาพ รูปแบบของการแข่งขันจึงเป็นไปในแนวเดียวกับการตลาด ที่มุ่งสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ใช้บริการ ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวสามารถรวบรวมให้สอดคล้องกับแนวคิดการตลาดของ ซิทแฮมและบิทเนอร์ ได้ดังนี้

ตารางที่ 10 แสดงส่วนประสมการตลาดในโรงพยาบาล

ส่วนประสมการตลาด	กลยุทธ์ที่ใช้ในโรงพยาบาล
1. ด้านผลิตภัณฑ์บริการ	1.1 คุณภาพการบริการรักษาพยาบาล 1.2 ความหลากหลายของการให้บริการ 1.3 ชื่อเสียงของโรงพยาบาล 1.4 บริการเสริมที่นอกเหนือจากบริการทางการแพทย์ 1.5 การสร้างคุณภาพบริการให้เห็นเป็นรูปธรรม เช่น รักษาแล้วผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว หรือ การใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการรักษาพยาบาล
2. ด้านราคา	2.1 การตั้งราคา ตามความเหมาะสมกับการบริการและเวชภัณฑ์ที่ใช้รักษา 2.2 การให้ส่วนลดแก่ผู้สมัครเป็นสมาชิกรายปี หรือ ผู้มีอุปการะคุณ ผู้มีชื่อเสียงต่าง ๆ 2.3 การให้ผ่อนชำระค่ารักษาพยาบาล เป็นงวด ๆ ได้ (รักษาก่อน-ผ่อนทีหลัง) 2.4 การสร้างความแตกต่างในเรื่องราคา เช่น การเก็บเงินเพิ่มในช่วงนอกเวลาราชการ (คลินิกนอกเวลา) 2.5 ความยืดหยุ่นในการตั้งราคา เช่น ผู้มีรายได้น้อย สามารถขอส่วนลดได้
3. ด้านช่องทางการให้บริการ	3.1 การเลือกทำเลที่ตั้งให้ผู้ใช้บริการเดินทางมาโดยสะดวก 3.2 การออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้บริการนอกโรงพยาบาล 3.3 การมีระบบส่งต่อที่รวดเร็ว ปลอดภัย และมีการประสานงานที่ดี

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ส่วนประสมการตลาด	กลยุทธ์ที่ใช้ในโรงพยาบาล
	3.4 การจัดสถานที่ให้ผู้ใช้บริการได้รับความสะดวกในการติดต่อหรือรับบริการ 3.5 ขยายช่วงเวลาการให้บริการ
4. ด้านการส่งเสริมการตลาด	4.1 การใช้สื่อต่าง ๆ เช่น แผ่นพับ ส่งจดหมายข่าว 4.2 การให้บริการแบบเหมาจ่าย เช่น การคลอดแบบเหมาจ่าย เป็นต้น 4.3 ส่งเสริมการขาย เช่น ให้ส่วนลดในช่วงวันแม่แก่ผู้มาตรวจมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น 4.4 การช่วยเหลือสังคม โดยไม่คิดมูลค่า 4.5 สร้างภาพพจน์ที่ดีในการให้บริการ 4.6 การให้ข่าวผ่านสื่อ เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น
5. บุคลากร	5.1 การคัดเลือกบุคคลที่เหมาะสมในการปฏิบัติหน้าที่ 5.2 ฝึกอบรมบุคลากรให้มีพฤติกรรมการให้บริการที่ดี 5.3 สร้างแรงจูงใจให้บุคลากรทำงานเต็มศักยภาพ 5.4 ให้ความสำคัญกับผู้ใช้บริการทุกคณะ
6. ด้านกายภาพ	6.1 การออกแบบอาคารสถานที่ให้สวยงามเหมาะสมในการทำงาน 6.2 อุปกรณ์เครื่องใช้ทันสมัยและพร้อมเสมอ 6.3 การสร้างสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลให้สวยงาม ปลอดภัย 6.4 มีเครื่องหมายป้ายบอกทางชัดเจนและเพียงพอ 6.5 การแต่งกายของแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่เหมาะสม
7. กระบวนการ	7.1 มีมาตรฐานในการปฏิบัติงาน 7.2 ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 7.3 ตัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออกไป 7.4 การมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการ

นอกจากนี้ยังมีตัวอย่างการใช้กลยุทธ์การตลาดในโรงพยาบาลตามที่ ชูชัย ศรชำนิ (2538 : 231-233) ได้เสนอไว้ ดังต่อไปนี้

1) การโฆษณา ประชาสัมพันธ์ เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยที่สุด การวางแผนประชาสัมพันธ์นั้น ต้องวางให้ครบถ้วนใน 3 ประเด็น คือ

ก. การประกาศข่าวสาร (Publicity)

ข. การเสริมสร้างสังคม (Social Contribution)

ค. การเข้าร่วมชุมชน (Community Awareness)

2) การขายตรง (Direct sell) กลยุทธ์นี้ ใช้ในการเจาะตลาดเฉพาะกลุ่มได้เป็นอย่างดี เช่น ถ้าจะรณรงค์ฝังยาคุมกำเนิดในหญิงวัยเจริญพันธุ์ ก็มุ่ง "ขาย" ที่กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร กลุ่มครูสตรีฯลฯ

3) กลยุทธ์ด้านราคา ค่าบริการ ยาและเวชภัณฑ์การแพทย์ เป็นตัวกำหนดความนิยมของหน่วยงานได้ การกำหนดว่าจะใช้มีราคาสูงต่ำเช่นไร ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ และกระแสความนิยมในช่วงนั้น ๆ

4) กลยุทธ์แจก-แถม

5) ยุทธ์วิธีเกาะชายเสื้อ (Coat-tail Strategy) และหยุดพรางของการหาทางสบาย (Free-ride trap) ได้แก่ การใช้ชื่อเสียงของเก่าที่มีดั้งเดิมอยู่แล้ว แล้วฝากของใหม่ไปด้วย หรือการลอกเลียนแบบ

6) กลยุทธ์แบบซึมลึก เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมสาธารณะ การจัดเลี้ยงการให้ของขวัญในโอกาสพิเศษ

7) การตลาดแบบหลายเชิงชั้น (Multi – level marketing) เช่น การขายบัตรสุขภาพ และถ้าผู้ถือบัตรหาสมาชิกบัตรได้ ก็จะมีส่วนลดมากขึ้น

8) กลยุทธ์การวางตำแหน่งสินค้า เช่น การขายบัตรสุขภาพ พร้อม ๆ กับการลงทะเบียน ผู้มีบัตรสงเคราะห์มีรายได้น้อย จะทำให้ขายบัตรสุขภาพได้มากขึ้น ขณะเดียวกันจำนวนผู้มาลงทะเบียนสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยก็เพิ่มขึ้น และถูกต้อง ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่ทำให้เราสามารถของบประมาณสนับสนุนในงบของบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยได้มากขึ้นด้วย

กลยุทธ์ส่วนประสมการตลาดนั้นเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการทางการตลาดที่องค์การใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างความพึงพอใจให้แก่ลูกค้า โรงพยาบาลในฐานะที่เป็นองค์การที่ให้บริการก็ได้มีการนำเอากลยุทธ์การตลาดมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการทางการตลาด ซึ่งในการพิจารณาเลือกกลยุทธ์มาใช้นั้น โรงพยาบาลจะต้องนำเอาองค์ประกอบต่าง ๆ มาพิจารณาประกอบด้วย ซึ่งได้แก่ นโยบายของโรงพยาบาล สภาวะการณ์ในปัจจุบัน สถานภาพ สังคม พฤติกรรมผู้บริโภค กฎหมาย ศักยภาพที่มีอยู่ นำมาวิเคราะห์ วางแผน ปฏิบัติ และติดตามผล ซึ่ง

ในประเทศไทย โรงพยาบาลลานนา เป็นตัวอย่างโรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการนำกลยุทธ์ส่วนประสมการตลาดที่เหมาะสมมาใช้แก้ปัญหาภาวะขาดทุน และภาพพจน์ ที่ไม่ดีให้กลับมาเพิ่มรายรับได้ เฉลี่ยปีละประมาณร้อยละ 30 จำนวนผู้รับบริการ เฉลี่ยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 15 และมีภาพพจน์ที่ดีขึ้น สำหรับในต่างประเทศจะพบว่ามีการนำกลยุทธ์การตลาดสำหรับโรงพยาบาลมาใช้อย่างกว้างขวาง โดยจะเห็นว่ามีการโฆษณาลงในวารสารต่าง ๆ เสมอ นอกจากนี้ในงานวิจัยในต่างประเทศก็จะพบว่า มีการศึกษาอย่างกว้างขวางเช่นกัน ตัวอย่างเช่น เทเรซา และ นิสตรอม (Teresa and Nystrom,1996) ได้ศึกษาการรับรู้คุณภาพบริการจากครอบครัวที่ใช้เนอร์สซิ่งโฮม เปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลที่มุ่งแสวงหากำไร ไม่มุ่งแสวงหากำไรและโรงพยาบาลของรัฐ พบว่าความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลที่มุ่งแสวงหากำไร มีต่ำกว่าโรงพยาบาลที่ไม่มุ่งแสวงหากำไร และโรงพยาบาลของรัฐบาล

4. การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

4.1 ความหมายของคุณภาพ

ความหมายของคุณภาพ แตกต่างกันไปตามมุมมองของผู้เกี่ยวข้อง และตามวิวัฒนาการของแนวคิดเรื่องคุณภาพ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ , 2542) โดยคำศัพท์ "คุณภาพ" คือ ภาวะที่เป็นคุณประโยชน์ต่อผู้ใช้

ในมุมมองของ **ผู้ประกอบวิชาชีพ** คุณภาพคือการปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ และความสม่ำเสมอซึ่งสามารถพยากรณ์ได้

ในมุมมองของ **ผู้ใช้ประโยชน์** คุณภาพคือการตอบสนองความต้องการ (need) และความคาดหวัง (expectation) ของลูกค้า และในระยะหลังได้ขยายต่อไปว่าคุณภาพคือการทำให้เกินเลยกว่าความคาดหวังของลูกค้า

เชงและแทม (Cheng and Tam,1997 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2544) ได้รวบรวมนิยามของคำว่าคุณภาพ จากแนวความคิดของนักวิชาการหลายท่านและสรุปได้ว่าคุณภาพหมายถึงความมีคุณค่า (Feigenbaum,1951) ปราศจากซึ่งข้อตำหนิและเหมาะสม ตรงตามจุดมุ่งหมาย (Crosby,1979) ลักษณะที่ตรงตามความคาดหวังของผู้บริโภค (Parasuraman and others,1985)

เมื่อพิจารณารวมทั้งหมดแล้วจะเห็นว่าในการพัฒนาคุณภาพจะต้องทำให้สอดคล้องกับ ความต้องการที่จำเป็นของผู้ใช้บริการ โดยอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ

4.2 **ความสำคัญของคุณภาพ**

ผู้ซื้อสินค้า เป็นผู้ที่สามารถเลือกหาสินค้าที่ผู้ผลิตนำมาเสนอขายได้ตามที่ตนเองพึงพอใจ โดยเฉพาะในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจด้วยแล้ว ผู้ซื้อจะคำนึงถึงคุณภาพ ของผลิตภัณฑ์และบริการต่างๆ ที่ตนพึงได้รับตามสิทธิ และตามปริมาณค่าใช้จ่าย ดังนั้นเพื่อความอยู่รอดขององค์การในยุคแข่งขัน องค์การทั้งภาครัฐและเอกชน จึงจำเป็นต้องผลิตสินค้าหรือให้บริการต่างๆโดยคำนึงถึงคุณภาพ (บุญใจ ศรีสถิตย์นราภูร, 2544) คุณภาพจึงมีความสำคัญต่อบริษัทผู้ผลิตตลอดจนประเทศของผู้ผลิต คุณภาพของสินค้า ราคา และความรวดเร็วในการตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าล้วนเป็นปัจจัยที่กำหนดถึงคำสั่งซื้อที่จะหลั่งไหลเข้ามา กล่าวโดยสรุปคุณภาพมีความสำคัญ 4 ประการ คือ

4.2.1 ชื่อเสียงขององค์การ องค์การที่ผลิตสินค้าและบริการที่มีคุณภาพดีย่อมมีชื่อเสียงและได้รับความเชื่อถือจากลูกค้า เป็นที่ทราบดีว่าการสร้างชื่อเสียงมิใช่เรื่องง่ายและต้องใช้เวลานานนับปี ตราสินค้าที่มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปต้องใช้เวลาและการพัฒนาคุณภาพเป็นเวลานาน ถ้าคุณภาพต่ำลงจะเสียชื่อเสียงและขาดความเชื่อถือจากลูกค้า บริษัทตัวแทนจำหน่าย ตลอดจนบริษัทที่จำหน่ายวัตถุดิบให้ และจะไม่สามารถยืนหยัดในธุรกิจได้ในที่สุด คุณภาพสินค้าจึงเป็นสิ่งกำหนดความอยู่รอดของธุรกิจในระยะยาว

4.2.2 กำไรขององค์การ คุณภาพสินค้าที่ดีมีส่วนในการเพิ่มกำไรให้แก่องค์การได้ในสองลักษณะคือ ประการแรกคุณภาพที่ดีทำให้ลูกค้าเชื่อถือ ลูกค้าก็ซื้อสินค่าและบริการมากขึ้น ทำให้ส่วนแบ่งการตลาดเพิ่มสูงขึ้น มีผลต่อกำไรที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้คุณภาพที่ดีทำให้มีโอกาสในการตั้งราคาสินค้าได้สูงกว่าคู่แข่ง ทำให้กำไรต่อหน่วยสูงขึ้น กำไรโดยรวมก็เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การเพิ่มของส่วนแบ่งตลาดทำให้องค์การสามารถขยายกำลังการผลิตและการบริการมากขึ้น ซึ่งจะทำให้ต้นทุนต่อหน่วยลดต่ำลง กำไรจากการจำหน่ายก็จะเพิ่มขึ้น

ในอีกด้านหนึ่งคุณภาพที่ดีมีผลทำให้ของเสียที่เกิดขึ้นน้อยลง ผลผลิตก็เพิ่มสูงขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการซ่อมแซมสินค้า ตลอดจนลดค่าใช้จ่ายในการประกันคุณภาพ ต้นทุนการผลิตและการบริการก็ลดลง ส่งผลถึงการเพิ่มขึ้นของกำไร

4.2.3 ความไว้วางใจต่อองค์การ กฎเกณฑ์และกฎหมายในสังคมปัจจุบันได้กำหนดภาระความผูกพันของผู้ผลิต และผู้จำหน่ายสินค้าและบริการ องค์การต้องรับผิดชอบต่อสินค้าและบริการต่อสังคมทั้งในแง่กฎหมายและจริยธรรม องค์การที่ผลิตสินค้าที่ไม่มีคุณภาพและก่อให้เกิดอันตรายต่อคน และสภาพแวดล้อมจะถูกจับและฟ้องร้องทางกฎหมาย ตลอดจนถูกประณามจากคนในสังคม องค์การที่ผลิตสินค้าและบริการที่มีคุณภาพดีอย่างสม่ำเสมอย่อมได้รับความไว้วางใจจากคนในสังคม แม้ในบางครั้งจะทำอะไรผิดพลาดไปบ้างโดยไม่เจตนา ก็จะได้รับการให้อภัยจากคนในสังคม

4.2.4 ชื่อเสียงของประเทศชาติ ในโลกเทคโนโลยีเช่นปัจจุบัน คุณภาพสินค้าเป็นเรื่องที่สำคัญและเป็นที่สนใจทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ การที่ผู้ผลิตและประเทศชาติจะสามารถแข่งขันในตลาดโลกได้ คุณภาพของสินค้าจะต้องดีและได้มาตรฐานตามที่นานาชาติยอมรับ สินค้าที่ด้อยคุณภาพจะส่งผลเสียทั้งต่อองค์การและประเทศผู้ผลิต ในทางกลับกันสินค้าที่มีคุณภาพจะสร้างชื่อเสียงให้แก่องค์การและประเทศผู้ผลิต ดังเช่นประเทศอุตสาหกรรมบางประเทศ เช่น เยอรมนี ฝรั่งเศส หรือ ญี่ปุ่น ที่ผลิตสินค้าที่มีหน้าที่ใช้งานตรงตามกำหนดและมีความทนทาน หรืออายุการใช้งานได้นาน เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป

4.3 ความหมายของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

Hospital Accreditation (HA) คือการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล แต่โดยความหมายที่จะนำมาใช้ เน้นขั้นตอนในการพัฒนามากกว่าการรับรอง จึงใช้คำแปลว่า การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นกลไกที่จะกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาองค์การอย่างมีทิศทาง ควบคู่ไปกับการเรียนรู้ แลกเปลี่ยน และรับรองจากองค์กรภายนอกเพื่อยืนยันความสำเร็จของการพัฒนานั้น (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล,2541;)

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) คือ การประเมินและรับรองโดยองค์กรภายนอกว่า โรงพยาบาลมีระบบงานที่เป็นมาตรฐาน และมีระบบการตรวจสอบตนเองที่น่าไว้วางใจ การรับรองคุณภาพไม่ได้รับรองว่าผู้ป่วยทุกรายจะปลอดภัยแต่รับรองว่าระบบที่เป็นอยู่จะมีความเสี่ยงน้อยที่สุด

4.4 เป้าหมายการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

เป้าหมายของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือจะกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล สร้างความรับผิดชอบต่อสังคม การให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริโภค และสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ร่วมกัน ด้วยการยืนยันความสำเร็จของการพัฒนา ที่สำคัญที่สุดคือต้องยกระดับคุณภาพในภาพรวม(สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล , 2542) ซึ่งประโยชน์ที่จะได้รับได้แก่

4.4.1 ประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ความเสี่ยงลดลง คุณภาพการดูแลรักษาดีขึ้น ได้รับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและศักดิ์ศรีของความเป็นคนมากขึ้น

4.4.2 ประโยชน์สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ความเสี่ยงลดลง สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ความร่วมมือ การประสานงานดี มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมแบบสหวิชาชีพ ได้เรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตัวเอง

4.4.3 ประโยชน์สำหรับโรงพยาบาล ได้แก่ เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ สามารถ รองรับการเปลี่ยนแปลงได้ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้องค์การมั่นคง

4.5 แนวคิดสำคัญของกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การรับรองคุณภาพ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากความสมัครใจของโรงพยาบาล ที่ไม่ได้เกิดจากการบังคับ เป็นการแสดงให้เห็นความรับผิดชอบต่อสังคม โดยการพัฒนาคุณภาพ คือ การเปลี่ยนแปลงวิธีการคิด พฤติกรรม และวัฒนธรรมขององค์การ เกิดจากการมีใจมุ่งมั่นที่จะสร้างผลงานที่มีคุณภาพของสมาชิกทุกคนในองคีการ ที่พร้อมจะร่วมมือประสานงานกันให้การบริการ และการพัฒนาโดยมุ่งเน้นที่ประโยชน์ที่ผู้รับบริการจะได้รับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุด โดยมีขั้นตอนที่สำคัญ คือ การประเมินและการพัฒนาตนเอง ผู้ที่จะตรวจสอบ ประเมินระบบและผลการปฏิบัติงานได้ดีที่สุดคือผู้ประกอบวิชาชีพภายในด้วยตนเอง ซึ่งการรับรองคุณภาพเป็นกระบวนการเรียนรู้ ไม่ใช่การตรวจสอบ การเรียนจะเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนตั้งแต่การหาโอกาสพัฒนา การดำเนินการพัฒนา การประเมินตนเอง และการประเมินโดยบุคคลภายนอก

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบ ด้วย 3 ขั้นตอน คือ

1) การพัฒนาตนเองของโรงพยาบาล ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐาน โรงพยาบาล

2) การประเมินตนเองเพื่อตรวจดูความก้าวหน้าและความพร้อมในการขอให้องค์การภายนอกมาประเมิน

3) การประเมินและรับรองโดยองค์การภายนอก เพื่อยืนยันผลการประเมินตนเองและตัดสินใจให้การรับรอง

เพื่อให้มีแนวทางในการประเมิน และพัฒนาคุณภาพด้วยตนเองของโรงพยาบาล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้ร่วมกับสถาบันวิชาการ เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ได้จัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษกขึ้น ครอบคลุมทั้งสิทธิผู้ป่วย จริยธรรมองค์การ มาตรฐานทั่วไป และการบริหารจัดการด้านต่าง ๆ ของโรงพยาบาล สิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล คือ มาตรฐานทั่วไป ซึ่งเป็นมาตรฐานที่แสดงหลักการสำคัญของการจัดบริการและการบริหารหน่วยงานครอบคลุมในเรื่องทิศทางการทำงานที่ชัดเจนทรัพยากรที่เหมาะสม ระบบงานหรือกระบวนการทำงานที่เหมาะสม ระบบติดตามประเมินคุณภาพ ซึ่งเป็นตัวสะท้อนการทำงานและนำไปสู่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

4.6 มาตรฐานทั่วไปของการพัฒนาและรับรองคุณภาพฉบับปีกาญจนาภิเษก

มาตรฐานทั่วไปของการพัฒนาและรับรองคุณภาพฉบับปีกาญจนาภิเษก ซึ่งพัฒนาจากงานวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขมีองค์ประกอบซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของกระบวนการพัฒนาคุณภาพงานอย่างครบวงจร ในโรงพยาบาลโดยยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีมาตรฐาน ทั่วไป 9 ข้อ ดังนี้

4.6.1 พันธกิจ เป้าหมาย และ วัตถุประสงค์

4.6.2 การจัดองค์กร และการบริหาร

4.6.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

4.6.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

4.6.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

4.6.6 สิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่

4.6.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก

4.6.8 ระบบงาน /กระบวนการให้บริการ

4.6.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มาตรฐานทั่วไปนี้ เป็นแนวทางเพื่อให้เกิดความครอบคลุมในแง่มุมต่างๆของการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลสามารถนำมาตรฐานนี้ไปปรับใช้ได้ทั้งในระดับโรงพยาบาลในภาพรวม ลงไปถึงระดับของกลุ่มงาน เพื่อเป็นแนวทางในการตรวจสอบตนเองว่าได้คำนึงถึงกระบวนการต่างๆ ที่จะนำไปสู่เป้าหมายของคุณภาพ ที่ได้กำหนดไว้หรือไม่

4.7 การพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement)

การพัฒนาคุณภาพ คือ การจัดระบบบริหารและระบบการทำงานในโรงพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งมุ่งเน้นการทำงานด้วยใจที่มุ่งมั่นต่อคุณภาพหน้าที่ การทำงานเป็นทีม การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย มีระบบการตรวจสอบเพื่อแก้ไขปรับปรุงด้วยการประสานกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542)

โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล นำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพโดยองค์รวม (Total Quality Management) มาเป็นแนวทางในการบริหารจัดการเพื่อเข้าสู่ระบบการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล การดำเนินการจัดการคุณภาพโดยองค์รวมในโรงพยาบาลคุณภาพ มีหลักการสำคัญ คือ การยึดผู้ป่วยเป็นหลัก ใช้เทคนิคการปรับปรุงคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง และหลักยุทธศาสตร์ของผู้บริหาร (สภาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542)) โดยโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการในช่วงที่ 1 ประกอบ

ด้วยโรงพยาบาลรัฐและเอกชน 35 แห่ง (เอกชน 12 แห่ง โรงเรียนแพทย์1แห่ง กลาโหม1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 7แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป 14แห่ง)

4.8 แนวคิดการจัดการคุณภาพแบบองค์รวม

การจัดการคุณภาพแบบองค์รวม (Total Quality Management, TQM) หรือการควบคุมคุณภาพที่ทุกคนมีส่วนรวม (Total Quality Control, TQC) หมายถึง ระบบที่รวบรวมความพยายามของทุกฝ่ายทุกหน่วยงานในองค์การที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ เพื่อการผลิตสินค้าและบริการที่สร้างความพึงพอใจต่อลูกค้าให้มากที่สุด โดยให้มีต้นทุนประหยัดที่สุด ผู้กำหนดแนวคิดนี้และบัญญัติคำว่า TQC ขึ้นใช้เป็นครั้งแรก คือ ดร.เฟเกนบาม (Arman V.Feigenbaum) หลักการของ TQC คือการรวมกิจกรรม และหน่วยงานทั้งหมดในองค์การเพื่อพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพสินค้าและบริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้บริโภคผ่านกระบวนการทางการตลาด การวิศวกรรม การผลิตและการบริการ โดยถือว่าทุกคนในองค์การนับตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูงจนถึงพนักงานในระดับปฏิบัติล้วนมีความรับผิดชอบและหน้าที่ในการควบคุมคุณภาพสินค้าและบริการ จึงมีการเรียกชื่อ TQM หรือ TQC ในอีกชื่อว่า "การควบคุมคุณภาพทั่วทั้งองค์การ" (Company Wide Quality Control. CWQC) กล่าวโดยสรุป TQC หมายถึงการจัดการหรือควบคุมคุณภาพที่มีลักษณะดังนี้

4.8.1 เป็นการร่วมมือกันของทุกคนในองค์การ ตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูงจนถึงคนงานในระดับปฏิบัติการ

4.8.2 เป็นการร่วมมือกันของทุกฝ่ายในองค์การ นับตั้งแต่ฝ่ายวิจัยและพัฒนา ฝ่ายผลิต ฝ่ายบัญชี ฝ่ายการเงิน ฝ่ายการบุคคล ฝ่ายการตลาด และอื่น ๆ

4.8.2 เป็นการรวมกิจกรรมทุกอย่างในองค์การไม่ว่ากิจกรรมทางการตลาด การออกแบบการวิจัยและพัฒนา การผลิต การพัฒนาบุคลากร รวมทั้งกิจกรรมอื่น ๆ โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือการพัฒนาคุณภาพสินค้าและบริการอย่างต่อเนื่อง

4.9 วงจรคุณภาพ

ในการผลิตสินค้าหรือบริการใด ๆ เกี่ยวข้องกับกิจกรรมต่าง ๆ มากมาย นับตั้งแต่การวิจัยทางการตลาดเพื่อให้รู้ถึงความต้องการของลูกค้าเพื่อใช้ในการออกแบบสินค้า ไปจนถึงการผลิตการจัดส่ง และการบริการหลังการขาย กิจกรรมทุกขั้นตอนล้วนมีผลต่อคุณภาพสินค้าและบริการทั้งสิ้นองค์การระหว่างประเทศว่าด้วยการมาตรฐาน หรือ ISO ได้กำหนดกิจกรรมที่สำคัญที่มีผลต่อคุณภาพสินค้าและบริการ ซึ่งผู้ผลิตและผู้บริการจะต้องให้ความสำคัญและกำกับดูแลเพื่อให้คุณภาพสินค้าและบริการได้รับการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา กิจกรรมเหล่านี้มีลำดับขั้นตอนเป็น

วัฏจักรที่เรียกว่า "วงจรคุณภาพ" (Quality Circle) ซึ่งกิจกรรมที่สำคัญในการควบคุมคุณภาพโดยรวมในแต่ละขั้นตอนของวัฏจักรคุณภาพประกอบด้วย

4.9.1 การตลาดและการวิจัยตลาด ได้แก่ การศึกษาพฤติกรรมของผู้บริโภค การประเมินระดับคุณภาพของสินค้าและบริการที่ผู้บริโภคต้องการ ระดับราคาที่ผู้บริโภคยอมรับ รูปแบบสินค้า และบริการที่จะสร้างความพึงพอใจต่อผู้บริโภค ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบและการพัฒนาสินค้าและบริการ

4.9.2 วิศวกรรมการออกแบบ / ข้อกำหนดและการพัฒนา ได้แก่ การพัฒนารูปแบบสินค้าและบริการ การออกแบบ การเขียนข้อกำหนดต่าง ๆ เช่น ระดับคุณภาพที่ต้องการ วัตถุดิบที่จะใช้ วิธีการผลิตที่ใช้ และอื่น ๆ ทั้งนี้โดยการประเมินจากความต้องการของผู้บริโภคในขั้นการตลาดและการวิจัยตลาด

4.9.3 การจัดหา ได้แก่ กิจกรรมเกี่ยวกับการคัดเลือกและทำสัญญากับผู้ขายส่งชิ้นส่วนหรือวัตถุดิบ การเสาะแสวงหาแหล่งวัตถุดิบที่มีคุณภาพและต้นทุนต่ำ การประเมินผู้ขายส่งอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้วัตถุดิบที่มีคุณภาพดีในการผลิต

4.9.4 การวางแผนและพัฒนากระบวนการ ได้แก่ การศึกษา และออกแบบระบบการผลิต การเลือกระบบการผลิตที่เหมาะสม การเลือกประเภท เครื่องจักรเครื่องมือและอุปกรณ์การผลิต การจัดผังกระบวนการผลิต เพื่อให้การผลิตและบริการมีคุณภาพดีและประสิทธิภาพสูง

4.9.5 การผลิต ได้แก่ การวางแผนการผลิต การสั่งการ การแนะนำและควบคุมการผลิตในทุก ๆ ขั้นตอน นับตั้งแต่การผลิตชิ้นส่วน การประกอบย่อย และการประกอบขั้นสุดท้าย

4.9.6 การตรวจ การทดสอบและการตรวจสอบ ได้แก่ การวางแผนและดำเนินการตรวจทดสอบ และตรวจสอบลักษณะคุณภาพของสินค้า และบริการในระหว่างการผลิต การบันทึกผลคุณภาพ การรายงานคุณภาพ และการประเมินผลคุณภาพเทียบกับมาตรฐานหรือข้อกำหนดที่วางไว้

4.9.7 การบรรจุและการจัดเก็บได้แก่ การจัดวิธีการบรรจุภัณฑ์ การจัดเก็บตลอดจนวิธีการขนส่งเคลื่อนย้ายในระหว่างการผลิต โดยคำนึงถึงการรักษาสภาพสินค้าให้มีคุณภาพดีอยู่เสมอ

4.9.8 การจำหน่ายและการจัดส่ง ได้แก่ วิธีการจัดจำหน่าย คู่มือแนะนำ การใช้สินค้าและวิธีการ วิธีการลำเลียงขนส่ง สิ่งเหล่านี้ต้องมีการศึกษาวิเคราะห์ และจัดทำให้เหมาะสมกับสินค้า และบริการโดยคำนึงถึงคุณภาพ

4.9.9 การติดตั้งและการใช้งาน ได้แก่ การศึกษาวิธีการที่เหมาะสมปลอดภัยและรักษาคุณภาพสินค้าในระหว่างการติดตั้ง การทดสอบก่อนใช้งานจริง ตลอดจนเขียนและ

จัดทำ ข้อกำหนดในการใช้งานของสินค้าและบริการ เพื่อผู้บริโภคจะได้ใช้งานได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย และทำให้คุณภาพสินค้าดีอยู่เสมอ

4.9.10 การบำรุงรักษาและการช่วยเหลือทางวิชาการได้แก่ การศึกษาวิธีการบำรุงรักษาสินค้าในระหว่างการใช้งาน การจัดทำคู่มือการบำรุงรักษา การปรับแต่งสินค้าและบริการให้สอดคล้องกับสภาพการใช้งาน สภาพภูมิอากาศ และภูมิประเทศ

4.9.11 การกำจัดหลังการใช้ สินค้าบางชนิดจะต้องกำจัดหลังการใช้เมื่อหมดอายุการใช้งานของสินค้า เช่น สารเคมี น้ำมันเครื่อง สารกัมมันตรังสี สินค้าเหล่านี้ผู้ผลิตต้องศึกษาและแนะนำวิธีการกำจัดหลังการใช้เพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภคและป้องกันมลพิษ

4.10 หลักการควบคุมคุณภาพที่ทุกคนมีส่วนร่วม

แนวความคิดเรื่องการควบคุมคุณภาพที่ทุกคนมีส่วนร่วมได้รับการพัฒนามา ตั้งแต่คริสต์ศตวรรษ 1950 ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาได้มีนักทฤษฎี นักปฏิบัติในด้านการจัดการคุณภาพหลายท่านได้เสนอวิธีการและแนวทางต่าง ๆ บุคคลที่ได้รับการยกย่องในด้านแนวความคิดเรื่อง TQM หรือ TQC ประกอบด้วย ดร.เฟเกนบาม ดร.เดมิง (W. Edward Deming) ดร.จูแรน (Joseph M. Juran) ดร.ครอบสบี (Philip Crosby) ดร.อิชิกาวา (Kaoru Ishikawa) และอื่น ๆ แนวคิดต่าง ๆ ของท่านเหล่านี้สามารถสรุปเป็นหลักการที่สำคัญดังต่อไปนี้คือ

4.10.1 คุณภาพสินค้าและบริการเป็นความรับผิดชอบของทุกคนทุกหน่วยงานในองค์การ ดังนั้นทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการควบคุม ติดตามผลและดูแลเอาใจใส่คุณภาพสินค้าและบริการอย่างสม่ำเสมอและตลอดเวลา

4.10.2 ผู้บริหารทุกระดับต้องให้ความสำคัญกับคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้บริหารระดับสูง ต้องมีการกำหนดนโยบายและจุดยืนด้านคุณภาพ โดยถือว่าคุณภาพต้องมาก่อน (Quality First)

4.10.3 ส่งเสริมการป้องกันคุณภาพสินค้าในทุกขั้นตอนของวงจรคุณภาพ โดยให้ความสนับสนุนทั้งด้านเงินทุนและเทคนิควิธีการ

4.10.4 สร้างระบบการควบคุมคุณภาพโดยการปลูกจิตสำนึกในคุณภาพ โดยเน้นการทำงานให้ถูกต้องตั้งแต่ต้น ตลอดจนปลูกฝังวินัยให้ทุกคนทุกหน่วยงานในองค์การถือปฏิบัติว่า คุณภาพคือความรับผิดชอบของทุกคน

4.10.5 ปลูกฝังการควบคุมคุณภาพจนถึงมือผู้บริโภค คุณภาพสินค้าและบริการเป็นเรื่องที่ต้องมีการติดตามผลการใช้งาน การให้บริการหลังการขาย และการให้คำปรึกษาแก่ผู้บริโภคในระหว่างการใช้งาน

4.10.6 จัดระบบการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านคุณภาพ การรายงานคุณภาพ ผลของคุณภาพตลอดจนต้นทุนคุณภาพในแต่ละขั้นตอน และใช้ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าใน แต่ละหน่วยงานมีความสามารถในการป้องกันปัญหาด้านคุณภาพมากน้อยเพียงใด เพื่อการวางแผนขยายกิจกรรมในด้านการป้องกันและพัฒนาคุณภาพให้ดียิ่งขึ้น

4.10.7 สร้างระบบจูงใจให้มีการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์การ เช่น การจัดการแข่งขันหรือประกวดผลงานด้านคุณภาพ การกำหนดวันหรือสัปดาห์แห่งการรณรงค์เรื่องคุณภาพ เช่น "วันแห่งคุณภาพ" หรือ "มหกรรมคุณภาพ" หรือ "วันของเสียเป็นศูนย์"

4.10.8 ให้เกียรติและยอมรับพนักงานหรือหน่วยงานที่มีผลงานด้านคุณภาพ โดยการประกาศเกียรติคุณ หรือแสดงผลงานด้านคุณภาพที่ดีเด่น

4.10.9 จัดให้มีแผนการศึกษาและฝึกอบรมอย่างจริงจังในเรื่องคุณภาพแก่พนักงานทุกระดับทั้งในแนวกว้างและแนวลึก การฝึกอบรมควรมีอย่างต่อเนื่อง

4.10.10 ส่งเสริมให้ทุกคนในองค์การทำกิจกรรมกลุ่ม โดยมีการกำหนดเป้าหมายในด้านคุณภาพ เช่น การป้องกันปัญหาด้านคุณภาพ การพัฒนาคุณภาพ เป็นต้น

4.10.11 พัฒนาเทคโนโลยีการผลิตสินค้าโดยเน้นการปรับปรุงเครื่องจักรเครื่องมือที่ทันสมัยเพื่อช่วยลดปัญหาเรื่องคุณภาพ

4.10.12 จัดให้มีระบบการวัด ตรวจสอบและติดตามคุณภาพสินค้าตลอดอายุการใช้งานเพื่อให้รู้ถึงความพึงพอใจของลูกค้าที่มีต่อสินค้า ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพสินค้าให้ดียิ่งขึ้นตลอดไป

4.10.13 สร้างจิตสำนึกให้ทุกคนในองค์การตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพว่าคุณภาพคือหัวใจของความสำเร็จขององค์การ การผลิตสินค้าที่มีคุณภาพสูง ความปลอดภัย บริการได้อย่างรวดเร็ว และด้านต้นทุนที่ประหยัดจึงเป็นหน้าที่ของทุกคนในองค์การ

4.10.14 สร้างจิตสำนึกให้ทุกคนในองค์การตระหนักว่าคุณภาพสินค้าและบริการต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจะต้องไม่มีความรู้สึกว่าดีพอแล้ว หรือเท่านี้ก็เพียงพอสำหรับคุณภาพ

4.11 การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กับการตลาดบริการ

จะเห็นได้ว่า การจัดการคุณภาพที่ทุกคนมีส่วนร่วม (TQM) ได้รวมกิจกรรมทางการตลาดไว้ เป็นส่วนหนึ่งในวงจรคุณภาพ ซึ่งก็หมายถึงในการดำเนินกิจกรรม เพื่อสร้างคุณภาพนั้น จำเป็นต้องมีการตลาดเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย และ TQM ก็เป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กล่าวคือ ลักษณะของโครงการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้กำหนดให้มีการส่งเสริมให้โรงพยาบาลนำแนวคิด TQM มาปรับใช้กับระบบงาน

ทั่วไป และการดูแลรักษาผู้ป่วย ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าในกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้น ได้มีแนวคิดการตลาดบริการเป็นส่วนหนึ่งกระบวนการบริหารจัดการ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การตลาดในโรงพยาบาลรัฐ

อรัญญา มานิตย์ (2540) ศึกษา การจัดบริการสุขภาพตามกรอบกลยุทธ์ส่วนประสมทางการตลาด ของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานครโดยใช้แบบสังเกต พบว่า มีการจัดบริการตามกรอบส่วนประสมการตลาด (4P'S) แต่ยังมีในบางส่วนที่เป็นส่วนปลีกย่อย ที่ไม่ได้จัดทำ เช่น การให้ส่วนลดแก่บริษัทคู่สัญญา การใช้ป้ายโฆษณา ส่งจดหมายข่าวไปยังประชาชน เป็นต้น

กาญจนา เทียรเดช (2542) ศึกษา การประยุกต์ใช้แนวคิดทางการตลาดของผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เขตภาคกลาง รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านการตลาด ทัศนคติต่อการตลาด ในงานบริการพยาบาลและลักษณะส่วนบุคคลของผู้บริหารการพยาบาลกับการประยุกต์ใช้แนวคิดทางการตลาด โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มผู้บริหารการพยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 321 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้บริหารการพยาบาลโดยรวมมีการประยุกต์ใช้แนวคิดทางการตลาดอยู่ในระดับปานกลาง มีความรู้ด้านการตลาดอยู่ระดับต่ำ มีทัศนคติต่อการตลาดในงานบริการพยาบาล อยู่ในระดับดี ความรู้ทางด้านการตลาดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อการตลาดในงานบริการพยาบาล อายุ ตำแหน่งทางการบริหาร ระยะเวลาปฏิบัติงานทางการบริหาร และทัศนคติต่อการตลาดในงานบริการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการประยุกต์ใช้แนวคิดทางการตลาด

วิโรจน์ ชื่นชม (2543) ศึกษา การบริหารการตลาดของโรงพยาบาลภาครัฐในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การบริหารการตลาดของโรงพยาบาลภาครัฐอยู่ในระดับปานกลาง โรงพยาบาลประเภทสถานพยาบาลเฉพาะโรคมีระดับการใช้กระบวนการบริหารการตลาดในระดับสูงกว่าโรงพยาบาลประเภทสถานพยาบาลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบตามสังกัดพบว่า มีระดับการใช้กระบวนการบริหารการตลาดไม่แตกต่างกัน และปัจจัยลักษณะโรงพยาบาล เช่นขนาด และจำนวนผู้ใช้บริการ รวมทั้งปัจจัยภายนอก เช่น เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการใช้กระบวนการบริหารการตลาด ด้านการใช้ส่วนประสมทางการตลาดพบว่า มีการใช้เรียงลำดับดังนี้ ด้านสถานที่เฉลี่ย = 0.94 ด้านการส่งเสริมการจำหน่าย =0.83 ด้านผลิตภัณฑ์/บริการ =0.81 และด้านราคา =0.61

การตลาดในโรงพยาบาลเอกชนที่มุ่งแสวงหากำไรและไม่มุ่งแสวงหากำไร

ธีรกร กิตติโสภากูร (2539) ได้ศึกษาการดำเนินงานการตลาดของโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2537 พบว่า โรงพยาบาลเอกชนประเภทไม่มุ่งแสวงหาผลกำไร และมุ่งแสวงหาผลกำไร มีความเห็นต่อการดำเนินงานด้านการตลาดในภาพรวมเกี่ยวกับส่วนประสมการตลาดด้านราคา แตกต่างกัน ส่วนการดำเนินงานด้านการตลาดพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการดำเนินงานการตลาดคล้ายคลึงกัน แต่โรงพยาบาลที่ไม่มุ่งแสวงหาผลกำไรมีกิจกรรมน้อยกว่าโรงพยาบาลที่มุ่งแสวงหาผลกำไร

การตลาดในโรงพยาบาลรัฐ เอกชนมุ่งแสวงหากำไรและเอกชนไม่มุ่งแสวงหากำไร

เทเรซา และ นิสตรอม (Teresa and Nystrom,1996) ได้ศึกษาการรับรู้คุณภาพบริการจากครอบครัวที่ใช้ เนอร์สซิ่งโฮม เปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลที่มุ่งแสวงหากำไร ไม่มุ่งแสวงหากำไรและโรงพยาบาลของรัฐ พบว่าความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลที่มุ่งแสวงหากำไร มีต่ำกว่าโรงพยาบาลที่ไม่มุ่งแสวงหากำไร และโรงพยาบาลของรัฐบาล

การรับรู้คุณภาพบริการในโรงพยาบาลรัฐ เอกชนมุ่งแสวงหาผลกำไร และเอกชนไม่มุ่งแสวงหาผลกำไร

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (2539) ได้ศึกษาคุณภาพบริการโรงพยาบาลในสายตาผู้ป่วย พบว่า เหตุผลที่สำคัญในการเลือกใช้บริการของผู้ป่วย คือ "เดินทางสะดวก" (Place) การประเมินด้านกายภาพ (Physical evidence) และบริการทั่วไป โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับการประเมินว่าดี หรือดีมากใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ย ในด้านบริการที่ให้โดยแพทย์ (Product) โรงพยาบาลมูลนิธิ ไม่แสวงหากำไร ได้รับการประเมินว่าดี หรือดีมาก สูงที่สุดตามมาด้วยโรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่าโดยรวมทุกโรงพยาบาลจำนวนเก้าอี้สำหรับญาติที่มาเยี่ยม คุณภาพของอาหาร ป้ายบอกทาง เป็นข้อที่ได้รับการประเมินไม่ดี และแย่มาก บ่อยที่สุด

ผลิตภัณฑ์บริการ

บราวน์และสวอร์ทส์ (Brown and Swartz ,1989) ได้ศึกษา การรับรู้คุณภาพการให้บริการของแพทย์ จากผู้ป่วย 1128 คน ที่มีประสบการณ์ได้รับการรักษาจากแพทย์เหล่านั้น พบว่ายังมีช่องว่างระหว่างการรับรู้คุณภาพบริการระหว่างผู้ให้และผู้ใช้บริการอยู่ ซึ่ง บราวน์ และสวอร์ทส์ ได้เสนอ วิธีลดช่องว่างไว้ 2 วิธี คือ 1) ปรับพฤติกรรมผู้ให้บริการ (แพทย์) ให้รับรู้ความ

คาดหวังของผู้ป่วย 2) เปลี่ยนความคาดหวัง และประสบการณ์ผู้ป่วย โดยการให้ความรู้ เพื่อให้ความคาดหวังกับสิ่งที่ผู้ให้บริการจะไม่เหลื่อมล้ำกันมากนัก

ราคา

โรงพยาบาลลานนาซึ่งเคยประสบปัญหาขาดทุนในการดำเนินงานเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลใหม่ที่ตั้งไกลจากตัวเมืองและมีภาพพจน์ไม่ดีในด้านเก็บค่าบริการแพง แต่ต่อมาได้เปลี่ยนโครงสร้างการจัดการใหม่ ผู้บริหารนำแผนการตลาดมาใช้โดยมุ่งแก้ภาพพจน์ และเพิ่มปริมาณผู้รับบริการแทนการขึ้นราคา จากการใช้แผนดังกล่าว โรงพยาบาลสามารถเพิ่มรายรับได้เฉลี่ยปีละ ประมาณ ร้อยละ 30 ผู้รับบริการเพิ่มขึ้น ร้อยละ15 โรงพยาบาลมีภาพพจน์ที่ดีในด้านเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการดีแต่เก็บค่ารักษาอย่างเป็นธรรม(ฐานเศรษฐกิจ , 2531)

ช่องทางการให้บริการ

พอสซิน (Possin, 1988 อ้างถึงในอรัญญา มานิตย์) ได้กล่าวว่า การจัดช่องทางบริการสามารถทำในรูปของการขยายเครือข่าย การให้บริการได้ด้วย โดยที่โรงพยาบาลลูเธอแรน (Lutheran) ในมลรัฐวิสคอนซิน แต่เดิมมีอยู่โรงพยาบาลเดียว ต่อมาเมื่อใช้แนวคิดค้นการตลาดช่วยในการบริหารได้จัดตั้งโรงพยาบาลเครือข่ายขึ้น3 แห่งอยู่รอบนอกโรงพยาบาลในรัศมี 150 ไมล์ มีผลทำให้โรงพยาบาลมีรายได้ปีหนึ่ง ๆ จากผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลเครือข่าย เป็นจำนวนถึง 60% ของรายได้ทั้งหมด

การส่งเสริมการตลาด

ซูเปอร์ และแมซโซนี(Super and Mazzoni ,1987 อ้างถึงในธีรกร กิตติโสภากูร, 2539) ได้กล่าวว่าในปี 1985 โรงพยาบาลในเครือ Penrose ใช้วิธีการตลาดเช่นเดียวกับโรงพยาบาลอื่น คือทุ่มเงินโฆษณา บริการนานารูปแบบที่โรงพยาบาลมีโดยหวังว่าจะเป็นการจูงใจให้คนมาใช้บริการมากขึ้น แต่ผลการสำรวจความเห็น ของผู้บริโภคเพื่อวัดประสิทธิผลของการโฆษณาในปีต่อมากลับได้ผลไม่น่าพอใจ เพราะผู้บริโภคสามารถจดจำชื่อบริการบางอย่างที่โรงพยาบาลโฆษณาได้ แต่กลับจำชื่อโรงพยาบาลไม่ได้

บุคลากร

เกษร อังศุสิงห์ (2537) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยด้านความพึงพอใจต่ออัธยาศัยของเจ้าหน้าที่ ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

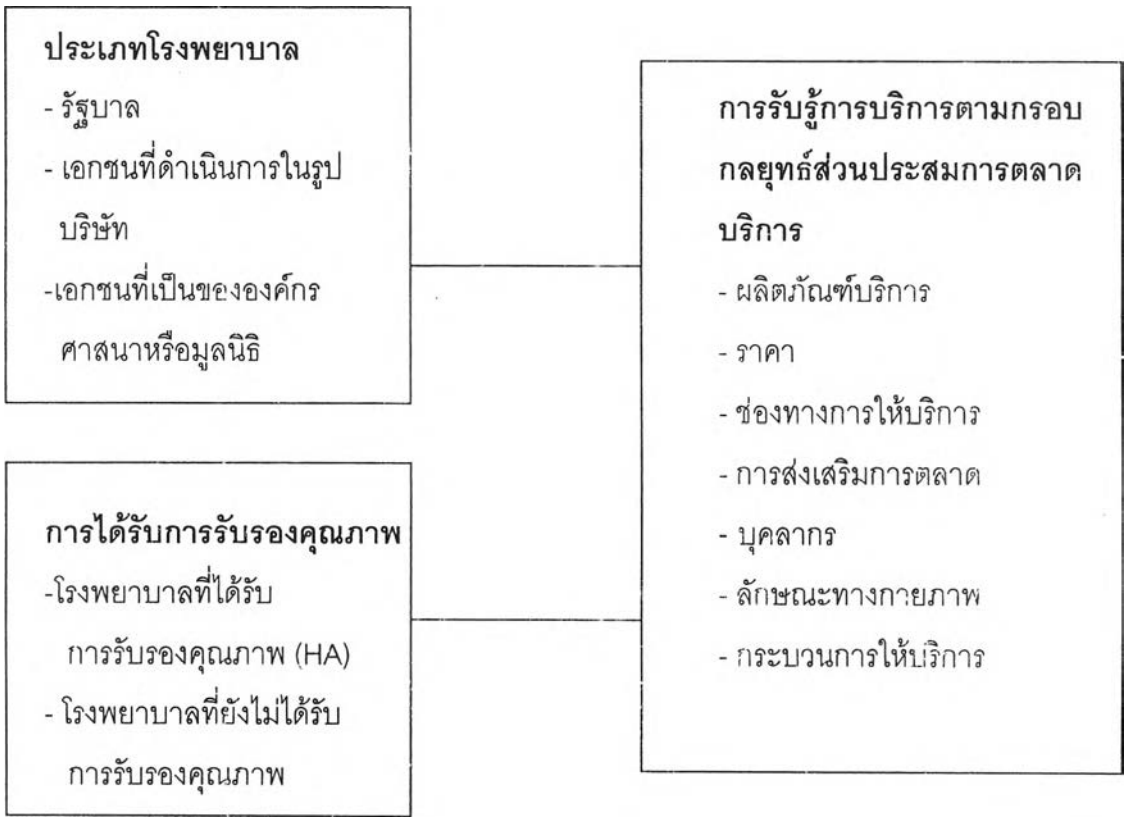
ลักษณะทางกายภาพ

บิทเนอร์ (Bitner, 1990) ได้ศึกษาผลของการจัดสภาพแวดล้อมในธุรกิจบริการท่องเที่ยว ผลการศึกษาพบว่า ผู้ใช้บริการประเมินความล้มเหลวในการบริการจากลักษณะทางกายภาพที่ ปรากฏ

นอกจากนี้ เบเกอร์ (Baker,1987) ,บิทเนอร์ (Bitner , 1986) ,บูมส์และบิทเนอร์ (Booms and Bitner ,1982) , คอทเลอร์(Kotler ,1973) ,โชสแตค (Shostack ,1977) ,ยูพาและฟูลตัน (Upah and Fulton ,1985) ,ซิทแฮม พาราซูรามาน และเบอรี (Zeithaml , Parasuraman , and Berry ,1985) ยังมีความเห็นสอดคล้องกันอีกว่า การจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพจะมีอิทธิพลต่อภาพพจน์การบริการในธุรกิจบริการต่างๆเช่น โรงแรม ภัตตาคาร ธนาคาร ร้านค้า และโรงพยาบาล เป็นต้น (อ้างถึงใน Bitner, 1990)

กระบวนการให้บริการ

เทย์เลอร์ (Taylor, 1994) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความล่าช้ากับการประเมินการบริการ พบว่า ความล่าช้ามีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพการให้บริการ และระหว่างการรอคอย การบริการ แต่ถ้ามีการใช้เวลาในช่วงนี้ ประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ก็จะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอน น้อยลง

จากงานวิจัยดังกล่าวจะเห็นว่า แนวคิดด้านการตลาดเป็นสิ่งที่กำลังได้รับความสนใจและการศึกษายืนยันถึงประโยชน์และความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลจะมีการนำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ส่วนประสมการตลาดในระดับที่ แตกต่างกัน

แผนภูมิที่ 3 แสดงแบบแผนการวิจัยโดยนำกรอบแนวคิดส่วนประสมการตลาดบริการของซิทแฮมและบิทเนอร์ (Zeithaml and Bitner, 2000) มาศึกษาเปรียบเทียบ จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล และการได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)